

# LIGNES DIRECTRICES

Déterminer un plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation



Ordre des travailleurs sociaux  
et des thérapeutes conjugaux  
et familiaux du Québec

L'HUMAIN. AVANT TOUT.

# LIGNES DIRECTRICES

Déterminer un plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation

## **AUTEURE :**

Marie-Lyne **ROC**, T.S., chargée d'affaires professionnelles  
Direction du développement professionnel, OTSTCFQ

## **MEMBRES DU COMITÉ DE PRATIQUE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE :**

Gustave **BOURSIQUOT**  
Sandra **FORTIN**, T.S.  
Michelle **FRENETTE**, T.S.  
Derrolton **JAMES**, T.S.  
Sébastien **NADEAU**, T.S.

Merci à tout le personnel de la permanence de l'Ordre, particulièrement aux professionnels de la direction du développement professionnel pour leur soutien et pour leurs avis éclairés.

## **IMPRESSION :**

Lithographie SB Inc., Laval

## **MISE EN PAGE :**

Isabelle Tessier, stagiaire-technicienne en bureautique : microédition et hypermédia

## **RÉVISION ET PRODUCTION :**

Direction des communications, OTSTCFQ

## **DÉPÔT LÉGAL**

ISBN-13 978-2-920215-43-6  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013  
Bibliothèque et Archives Canada, 2013

Le document «Lignes directrices : Déterminer un plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation» a été adopté par le Conseil d'administration de l'OTSTCFQ en décembre 2012.

**NOTA :** dans ce texte, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes. L'utilisation du pluriel comprend le singulier, le cas échéant.

La reproduction en tout ou en partie du contenu de ce document est permise à la condition d'en mentionner clairement la source.



Ce document est soumis à la politique de réduction d'empreinte écologique de l'Ordre, voulant que tous les documents soient d'abord et avant tout accessibles sur notre site Internet ([www.otstcfq.org](http://www.otstcfq.org)) et qu'un nombre minimal de copies soit imprimé.

# AVANT-PROPOS

À l’instar de la loi 90 (Loi modifiant le Code des professions et d’autres dispositions législatives dans le domaine de la santé), adoptée le 14 juin 2002, le projet de loi 21 (Loi modifiant le Code des professions et d’autres dispositions dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines), adopté le 18 juin 2009, apporte une nouvelle définition des champs d’exercice des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux. Elle accorde également à certains professionnels la réserve (exclusive ou partagée) de la pratique d’activités à risque de préjudice dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, de même qu’elle prévoit l’encadrement de la pratique de la psychothérapie.

Pour les travailleurs sociaux, le champ d’exercice consiste à : *«évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d’intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l’être humain en interaction avec son environnement».*

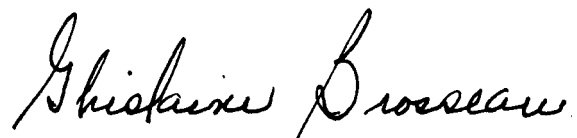
Pour les thérapeutes conjugaux et familiaux, le champ d’exercice consiste à : *«évaluer la dynamique des systèmes relationnels des couples et des familles, déterminer un plan de traitement et d’intervention ainsi que restaurer et améliorer les modes de communication dans le but de favoriser de meilleures relations conjugales et familiales chez l’être humain en interaction avec son environnement».*

De plus, tous les professionnels visés par le PL 21 voient leur champ d’exercice bonifié de la phrase suivante : *«L’information, la promotion de la santé et la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités font également partie de l’exercice de la profession du membre d’un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles».*

Ces nouvelles définitions des champs d’exercice et l’attribution d’activités réservées ont des impacts sur la pratique des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux. Afin de bien établir la marque distinctive de chacune de ces professions et pour souligner leur apport spécifique, l’Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec a produit plusieurs documents dont celui-ci, *Lignes directrices pour déterminer un plan d’intervention pour une personne atteinte d’un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d’un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d’adaptation*, que nous sommes fiers de vous présenter et que nous vous invitons à lire avec attention.



**Claude Leblond**, T.S., M.S.s.  
Président



**Ghislaine Brosseau**, T.S.  
Secrétaire et directrice générale

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Avant-propos</b> .....	1
<b>Introduction</b> .....	3
<b>1. Mise en contexte</b> .....	5
1.1 Les jeunes hébergés .....	6
1.2 Jeunes hébergés et troubles mentaux .....	6
1.3 Jeunes hébergés et risque suicidaire .....	7
1.4 Vulnérabilité, complexité et risque de préjudice .....	7
<b>2. Le cadre juridique</b> .....	8
2.1 Déterminer un plan d'intervention selon le champ d'exercice de la profession .....	8
<b>3. Les principes qui guident l'activité</b> .....	9
3.1 Se fonder sur une évaluation rigoureuse du jeune et de sa situation .....	9
3.2 Déterminer le plan d'intervention « avec » la personne dans une visée de pouvoir d'agir, de rétablissement et de participation citoyenne .....	11
3.3 Miser sur les liens .....	11
3.4 Privilégier la démarche en fonction de l'unicité du jeune .....	12
3.5 Favoriser une approche intégrée de concertation et de coordination des services .....	12
3.6 Planifier l'intervention en mesurant sa portée .....	13
3.7 Le plan d'intervention et les mesures de contention et d'isolement dans le cadre de l'application de la LSSSS .....	14
<b>4. L'élaboration du plan d'intervention</b> .....	15
<b>5. Développement et soutien professionnels</b> .....	16
<b>Conclusion</b> .....	17
<b>Références</b> .....	18

# INTRODUCTION

L'acte de déterminer un plan d'intervention, tel que l'entendent les travailleurs sociaux, fait partie intégrante du cadre de leur profession. Étape indissociable et incontournable d'un processus d'intervention sociale, elle se retrouve dans la définition même de leur champ d'exercice.

Parmi les dix activités réservées aux travailleurs sociaux par le PL 21, une consiste à déterminer un plan d'intervention pour une personne atteinte d'un **trouble mental** ou présentant un **risque** suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation. La réserve de l'activité vise les jeunes atteints d'un trouble mental attesté ou qui présentent un risque suicidaire et qui sont hébergés dans l'un des 51 centres de réadaptation regroupés administrativement dans l'un ou l'autre des 16 centres jeunesse du Québec en vertu de trois lois distinctes : la «*Loi sur les services de santé et les services sociaux*» (LSSSS), la «*Loi sur la protection de la jeunesse*» (LPJ) et la «*Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*» (LSJPA) (Lemondé et Desrosiers, 2000).

Dans ce contexte précis, la détermination du plan d'intervention revêt une complexité accrue. En effet, outre les difficultés liées aux troubles de comportement, aux motifs de compromission ou aux problèmes de délinquance pour lesquels ils sont référés, ces jeunes présentent également des problématiques reliées au suicide ou manifestent divers troubles mentaux (ACJQ, 2009).

Ce document de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (ci-après l'Ordre) propose des lignes directrices visant à guider la pratique professionnelle des travailleurs sociaux et à les soutenir dans l'exercice de cette activité. Si elles visent plusieurs travailleurs sociaux qui exercent en centres jeunesse (CJ), elles touchent également ceux qui œuvrent dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et qui assurent le suivi social d'un jeune hébergé dans les installations de réadaptation d'un centre jeunesse dans un contexte de placement en vertu de la LSSSS.

**Trouble mental :** Le rapport du groupe d'experts qui s'est penché sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines sur lequel se fonde le projet de loi 21 a retenu parmi les définitions qui existent des troubles mentaux celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>1</sup>. L'OMS circonscrit le trouble mental comme une ou des «*affections cliniquement significatives qui se caractérisent par le changement de mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique ou à une altération des fonctions mentales*»<sup>2</sup>.

**Risque :** fait référence au cumul de facteurs qui prédisposent ou précipitent le comportement suicidaire.

1. Rapport Trudeau, 2005, p. 40.
2. Rapport sur la santé dans le monde, 2001, OMS, p. 21.

Ces lignes directrices s'appuient à la fois sur les données probantes issues de la littérature et sur les référents propres à la profession. Elles s'inspirent et se veulent un complément aux autres documents (cadres de référence et lignes directrices) publiés par l'Ordre en lien avec les activités professionnelles réservées aux travailleurs sociaux par le PL 21. Dans le même esprit, les présentes lignes directrices font la promotion d'une activité professionnelle rigoureuse, réflexive, centrée sur l'exercice du jugement professionnel faisant appel aux compétences spécifiques des travailleurs sociaux et à la marque distinctive de la profession.

Le document situe d'abord le contexte dans lequel s'inscrit l'activité en considérant les aspects cliniques, administratifs et légaux qui la balisent. Il s'attarde, par la suite, aux principes qui doivent guider les travailleurs sociaux dans la réalisation de l'activité en regard de leur champ d'exercice.

# 1. MISE EN CONTEXTE

Au Québec, la mission d'héberger les jeunes aux prises avec des difficultés d'adaptation appartient aux centres jeunesse. L'intervention de réadaptation avec hébergement se réalise dans le contexte d'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ) et de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* (LSJPA). Les différents services de réadaptation avec hébergement sont regroupés selon le niveau d'encadrement requis par les jeunes en fonction de leurs besoins de réadaptation ou de protection (ACJQ, 2009).

Les services de réadaptation avec hébergement dans le cadre de l'application de la LPJ ciblent les jeunes qui présentent à la fois un besoin de protection et de placement en réadaptation. Ces jeunes nécessitent un placement en raison du risque pour leur sécurité et leur développement que présente le maintien dans un milieu familial. Ils sont également aux prises avec des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial qui se traduisent par des comportements problématiques en raison de leur nature, de leur ampleur, de leur gravité, de leur impact et de l'incapacité du jeune et de son milieu à y remédier sans une aide spécialisée. Dans ce contexte, l'intervention de réadaptation en est une de traitement qui vise l'intégration sociale du jeune (ACJQ, 2009).

Le recours à une peine comportant une mise sous garde dans le cadre de l'application de la LSJPA vise les jeunes ayant commis une infraction au Code criminel ou aux autres lois fédérales à caractère pénal. Il résulte d'un processus judiciaire et ne peut s'appliquer qu'en présence de critères précis<sup>3</sup>. Dans ce contexte, la réadaptation avec hébergement vise avant tout la protection de la société et la responsabilisation du jeune (ACJQ, 2009).

Bien que la majorité des jeunes hébergés le soit en vertu de la LPJ, il arrive que certains reçoivent des services de réadaptation en hébergement dans le cadre de l'application de la LSSSS. Habituellement, il s'agit de jeunes suivis dans le cadre de services offerts en Centre de santé et de services sociaux (CSSS). Dans un tel contexte, les jeunes acceptent volontairement les services de réadaptation en hébergement.

Si les recherches font état de différences significatives entre les jeunes référés dans le cadre de la LSSSS, de la LPJ et de la LSJPA quant à la sévérité des problématiques ou encore à la lourdeur du profil d'inadaptation, toutes reconnaissent d'importantes similarités quand on les compare à la population jeunesse en général (ACJQ, 2009). Aux fins des présentes lignes directrices, le profil des jeunes hébergés sera considéré de façon générale, traitant les jeunes référés dans le cadre de la LSSSS, de la LPJ et de la LSJPA.

3. Pour recourir à une peine de mise sous garde en vertu de la LSJPA, l'un de ces critères doit être présent :
  - l'adolescent a commis une infraction avec violence;
  - il n'a pas respecté les peines ne comportant pas de placement sous garde;
  - il a commis un acte criminel pour lequel un adulte est passible d'une peine d'emprisonnement de plus de deux ans, après avoir fait l'objet de plusieurs sanctions extrajudiciaires ou déclarations de culpabilité ou toute combinaison de celles-ci;
  - il s'agit d'un cas exceptionnel où l'adolescent a commis un acte criminel et où les circonstances aggravantes de la perpétration de celui-ci sont telles que l'imposition d'une peine ne comportant pas de placement sous garde enfreindrait les principes et objectifs énoncés l'article 38 de la LSJPA.

## 1.1 Les jeunes hébergés

Les jeunes admis dans les services de réadaptation avec hébergement présentent d'importantes difficultés d'adaptation sociale attribuables à plusieurs facteurs d'ordre personnel, familial et social. Très souvent, ils ont été victimes d'abus, de négligence, d'abandon ou d'autres formes de maltraitance. En grande proportion, ils sont issus de familles en situation de pauvreté et d'isolement social aux prises avec des dynamiques conflictuelles, des problèmes de toxicomanie et de santé mentale chez les parents. Tous ces éléments marquent le développement des enfants de façon précoce, intense et durable. Ils constituent également des facteurs de risque important pour le développement d'un trouble mental (Cloutier et coll., 2008; ACJQ, 2009).

## 1.2 Jeunes hébergés et troubles mentaux

Peu de données renseignent sur la prévalence des troubles mentaux affectant la clientèle jeunesse suivie par les centres jeunesse. Aussi, les taux de prévalence des troubles mentaux et du comportement varient selon les centres jeunesse. Par ailleurs, la révision des dossiers de tous les jeunes québécois hébergés en centre de réadaptation, en foyer de groupe et en ressources intermédiaires par le *comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis en centres jeunesse* (mandaté par le MSSS en 2006) apporte un certain éclairage sur le portrait de ces jeunes.

Cette étude recense chez près de la moitié des jeunes le diagnostic d'un trouble mental<sup>4</sup>. Elle fait également état de phénomènes de **comorbidité**<sup>5</sup> et d'hétérogénéité des problématiques observables chez un bon nombre d'entre eux (ACJQ, 2009; Nadeau, 2009).

À ces difficultés s'ajoutent pour certains jeunes d'autres problématiques telles que la consommation abusive de drogue et d'alcool ou encore des limites intellectuelles complexifiant davantage leur tableau clinique et représentant des défis supplémentaires pour l'intervention auprès d'eux (CJM-IU, 2010).

**Comorbidité** : Selon l'Institut National de la santé et de la recherche médicale (INSERM) (2005), « [...] le terme de comorbidité psychiatrique signifie la présence de deux ou plusieurs troubles chez un même individu, présence établie par une évaluation clinique systématique ». Elle fait référence à une combinaison de troubles mentaux diagnostiqués, c'est-à-dire définis par les systèmes de classifications.

4. Un trouble mental est diagnostiqué lorsque, d'une part, des signes et des symptômes identifiés sont associés au déséquilibre du fonctionnement psychologique et social (c'est-à-dire) un changement du mode de pensée, de l'humeur ou du comportement associé à une détresse psychique-souffrance et/ou à une altération des fonctions mentales-handicap) et d'autre part, lorsqu'ils correspondent aux critères retenus en matière de troubles tels que définis par les systèmes de classification comme le CIM-10 ou le DSM-IV (OMS, 2005 cité dans ACJQ, 2010 : 11). Le diagnostic le plus fréquent inscrit au dossier est le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.
5. Le TDA/H se retrouve souvent en comorbidité, entre autres, avec le trouble réactionnel de l'attachement et les troubles de conduite.



## 1.3 Jeunes hébergés et risque suicidaire

Le suicide demeure l'une des deux principales causes de décès chez les jeunes Québécois. Plus du tiers des suicides chez les adolescents québécois touche des jeunes qui ont reçu des services d'un centre jeunesse. Outre le suicide, les recherches ont aussi examiné les tentatives de suicide; elles indiquent un taux de tentatives de suicide 10 fois plus élevé chez les jeunes en centre jeunesse que chez les jeunes Québécois en général (Chagnon, 2007).

L'accumulation de plusieurs facteurs de risque associés au suicide chez certains jeunes des centres jeunesse est l'une des hypothèses explicatives (Renaud et Chagnon, 2003).

En effet, les facteurs de risque associés au suicide sont multiples. Les recherches mettent en évidence l'effet synergique entre les difficultés de vie, les événements stressants, les troubles sévères de comportement, la psychopathologie et la délinquance en lien avec le risque suicidaire (Chagnon, Renaud et Farand, 2001).

La psychopathologie est fortement associée au suicide, particulièrement dans les cas de dépression. Par ailleurs, les recherches récentes montrent que d'autres troubles (de la conduite ou de personnalité antisociale) augmentent significativement le risque suicidaire, particulièrement lorsqu'ils s'accompagnent d'autres difficultés, dont la dépendance ou l'abus de drogue et d'alcool. L'impulsivité et l'agressivité

sont également associées au risque de suicide et aux comportements suicidaires chez les jeunes. Or, ces troubles se rencontrent fréquemment parmi les jeunes en réadaptation avec hébergement, dont les jeunes contrevenants. À cela s'ajoutent des événements de vie difficiles, qu'ils soient récents ou lointains (violence physique et psychologique, conflits familiaux, perte d'un parent), ainsi que de nombreux événements stressants (multiples placements, comparutions au tribunal, etc.), lesquels contribuent à accroître leur vulnérabilité et à augmenter le risque de problématique suicidaire (Chagnon, Renaud et Farand, 2001).

## 1.4 Vulnérabilité, complexité et risque de préjudice

La situation des jeunes atteints de troubles mentaux ou présentant un risque suicidaire qui bénéficient de services de réadaptation avec hébergement est hautement complexe. Les études empiriques dépeignent des réalités multiples, lesquelles doivent être considérées dans une perspective de juxtaposition, de chevauchement et d'inter-influence de plusieurs problématiques en lien avec le jeune et son environnement.

La vulnérabilité que présentent ces jeunes et la complexité de leur situation renvoient à la nécessité de recourir à des interventions modulées à leurs besoins spécifiques. Considérant les préjudices possibles, ces interventions doivent être réfléchies et coordonnées. Elles doivent également reposer sur des connaissances et des compétences cliniques solides.

## 2. LE CADRE JURIDIQUE

L'élaboration d'un plan d'intervention est prévue par la LSSSS qui régit l'organisation et l'administration des établissements relativement à l'ensemble des activités cliniques qu'ils dispensent aux usagers. En effet, cette loi exige la mise en place d'un plan d'intervention (PI) pour tout usager afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis<sup>6</sup>. La Loi prévoit également l'élaboration d'un plan de services individualisé (PSI) lorsqu'un usager doit recevoir des services de divers établissements pour une période prolongée, nécessitant une concertation entre les partenaires et un arrimage des processus cliniques et organisationnels propres à chacun<sup>7</sup> (Shang, Harrisson et Doucet, 2012). Pour chacun de ces plans, la Loi exige que le plan d'intervention soit élaboré en collaboration avec l'utilisateur<sup>8</sup>.

À ces prescriptions législatives s'ajoutent, pour le travailleur social, des obligations et responsabilités déontologiques. En tant que membre de l'Ordre, le travailleur social est tenu de respecter les normes généralement reconnues par la profession dans l'exercice de ses activités professionnelles. L'une d'elles est la planification de l'intervention qui se traduit par l'élaboration d'un plan d'intervention. Elle constitue une étape à la fois distincte et indissociable du processus d'intervention.

Pour le travailleur social, au-delà des exigences légales et normatives qui la régissent, la planification de l'intervention par la mise en place d'un plan d'intervention se veut avant tout un acte professionnel réfléchi qui fait appel à son jugement professionnel, aux savoirs issus de la pratique, aux connaissances scientifiques, aux assises théoriques ainsi qu'aux valeurs du travail social.

### 2.1 Déterminer un plan d'intervention selon le champ d'exercice de la profession

Le PL 21 réserve l'activité de *déterminer un plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation* aux travailleurs sociaux, en partage avec les psychoéducateurs, dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. Pour le travailleur social, cela signifie déterminer un plan d'intervention dans la perspective du fonctionnement social, notamment en cherchant à favoriser le développement optimal de la personne en lien avec son environnement. Pour ce faire, le travailleur social considère les caractéristiques de la personne et de son environnement en s'attardant sur leurs interactions et leurs inter-influences dans leur contexte social

**Installation d'un établissement qui exploite un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA) :** fait référence aux unités de réadaptation ainsi qu'aux foyers de groupe institutionnels. Ce type d'installation n'inclut pas les familles d'accueil et les ressources intermédiaires.

6. L.R.Q. chap. S-4.2 art. 102.

7. L.R.Q. chap. S-4.2 art. 103.

8. L.R.Q. chap. S-4.2 art. 104.

plus large. Prenant en compte tous ces éléments dans une lecture de dynamique systémique, le travailleur social s'avère un acteur clé pour déterminer un plan d'intervention auprès des jeunes hébergés aux prises avec des troubles mentaux ou à risque suicidaire dont la complexité requiert des actions multiaxiales qui impliquent plusieurs acteurs.

### **3. LES PRINCIPES QUI GUIDENT L'ACTIVITÉ**

Pour le travailleur social, l'acte de déterminer un plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans un centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation doit à la fois s'inspirer de grands principes découlant des valeurs et de la perspective propre à la profession et s'appuyer sur l'état des connaissances en lien avec les problématiques et enjeux que cerne cette activité.

#### **3.1 Se fonder sur une évaluation rigoureuse du jeune et de sa situation**

L'évaluation du jeune et de sa situation est essentielle pour planifier l'intervention. Cette évaluation revêt également un caractère fondamental pour le travailleur social en raison de son imputabilité. Personnellement responsable de tous les gestes qu'il pose sur le plan professionnel, le travailleur social doit assumer la portée des interventions qu'il réalise et par conséquent les fonder sur sa propre évaluation. La détermination d'un plan d'intervention pour un jeune atteint d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergé dans un centre de réadaptation implique fréquemment, sinon inévitablement, que le jeune ait été évalué par un autre travailleur social ou d'autres professionnels et intervenants au préalable. Pensons seulement à l'attestation d'un trouble mental qui découle d'un diagnostic posé par un médecin ou d'une évaluation effectuée par un professionnel dûment habilité par son ordre professionnel<sup>9</sup>.

9. En vertu du PL 21, le médecin et le psychologue peuvent évaluer les troubles mentaux. Le conseiller d'orientation et l'infirmière peuvent également les évaluer s'ils sont habilités par leur ordre professionnel (Guide explicatif, p. 33).

Le travailleur social doit prendre en compte les évaluations préalables effectuées auprès du jeune et de sa famille. Il doit également consulter toutes les personnes et ressources lui permettant de valider ou mettre à jour les données qu'il possède afin de les reprendre à son compte pour faire sa propre évaluation.

Dans un tel contexte, l'évaluation du travailleur social implique l'appréciation du risque (facteurs prédisposant au comportement suicidaire), de l'**urgence** (imminence de la conduite suicidaire) et de la **dangerosité** (létalité du moyen) d'un passage à l'acte suicidaire pour le jeune afin de déterminer des interventions pertinentes et ciblées dans le temps en regard des besoins du jeune (Séguin, Brunet et Leblanc, 2006; Lane, Archambault, Collins-Poulette et Camirand, 2010).

Les études démontrent que les adolescents suicidaires peuvent notamment être différenciés sur la base de groupes distincts de troubles mentaux. La nature des troubles et l'importance de leur association avec le suicide et les comportements suicidaires varient aussi selon l'âge et le genre. Les études démontrent également que le suicide peut survenir au terme de différentes trajectoires de vie pouvant parfois s'échelonner au fil des années et, à d'autres occasions, survenir de façon subite. Ces constats mènent forcément à l'évidence qu'il n'existe pas un modèle du processus suicidaire (Chagnon, Houle et Renaud, 2002).

L'évaluation du risque suicidaire doit donc tenir compte d'une variété d'indicateurs, dont les comportements suicidaires antérieurs et actuels font partie, mais qui ne constituent pas les seules balises (Chagnon, Houle et Renaud, 2002; Chagnon, 2007.)

Le travailleur social doit également s'attarder aux éléments contextuels dans lesquels s'inscrit la réalité du jeune afin de dégager les facteurs environnementaux qui influencent ou peuvent influencer son état et sa situation. À cet égard, le plan d'intervention pour un jeune hébergé qui présente un trouble mental ou un risque suicidaire doit s'appuyer sur une évaluation qui prend en compte le contexte même de l'hébergement. En effet, les études et recensions d'écrits dénombrent l'hébergement en centre de réadaptation parmi les facteurs stressants pour les jeunes. Pour plusieurs d'entre eux, l'hébergement en centre de réadaptation s'inscrit dans une trajectoire déjà ponctuée d'abandons, de déplacements, de ruptures et de deuils, d'abus et de violence. Les écrits mettent en garde le fait de ne considérer que les facteurs de protection liés à l'hébergement sans tenir compte des risques qui y sont associés (Lemondé et Desrosiers, 2000; Nadeau, 2009).

**Urgence** : fait référence à l'imminence d'un passage à l'acte suicidaire.

**Dangerosité** : fait référence à l'accessibilité et la létalité du moyen suicidaire.

## **3.2 Déterminer le plan d'intervention « avec » la personne dans une visée de pouvoir d'agir, de rétablissement et de participation citoyenne**

La pratique du travailleur social se fonde sur le respect des droits de la personne, dont son droit à l'autodétermination, sur la croyance en sa capacité de changer, d'évoluer et de se rétablir. Elle vise à renforcer la capacité d'agir des personnes dans l'exercice de leurs rôles sociaux, leurs relations interpersonnelles et leur participation citoyenne. De ce fait, l'intervention sociale se planifie dans un esprit de coconstruction avec les personnes concernées (OTSTCFQ, 2009). Ainsi, lorsqu'il s'agit de déterminer un plan d'intervention pour un jeune atteint d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergé dans un centre de réadaptation, celui-ci et toutes les personnes concernées, dont ses parents, sont au cœur de l'exercice et y prennent part activement.

Considérant avant tout le jeune comme un enfant ou un adolescent en développement, au-delà de son diagnostic ou de son tableau clinique, le travailleur social détermine son plan d'intervention en respect avec son propre processus de rétablissement ainsi que son droit à prendre sa place dans la société. Les forces, les ressources ainsi que les capacités du jeune et de son milieu familial et social sont identifiées et mises à contribution afin de servir d'ancrage et de levier dans les interventions.

## **3.3 Miser sur les liens**

Déterminer un plan d'intervention sur un mode de coconstruction nécessite un engagement sur le plan relationnel. À cet égard, il ne s'agit pas seulement pour le travailleur social d'installer un climat de confiance et de collaboration avec le jeune, mais de miser sur les liens relationnels de celui-ci pour planifier l'intervention et l'adapter à sa réalité. Les liens relationnels font référence non seulement aux types de relations, mais aussi au sens donné à la relation par les différents acteurs. Ainsi, les liens relationnels impliquent tant la relation établie entre le travailleur social et le jeune que les liens qui unissent le jeune aux différents acteurs de son environnement ou encore ceux établis entre le travailleur social et les différents acteurs de l'environnement du jeune.

Le lien relationnel permet de cibler les interventions les plus aidantes notamment lors des moments de crise ou de désorganisation. Au plan clinique, il a été démontré que certaines façons de faire des intervenants peuvent précipiter la personne dans la réactivation de traumatismes antérieurs. En effet, certaines méthodes d'intervention qui ciblent le contrôle du comportement, même utilisées de bonne foi, peuvent précipiter des jeunes, polytraumatisés, dans des épisodes de désorganisation récurrents. La recherche rapporte le besoin exprimé par les jeunes de parler et d'être écouté en moment de crise ou de désorganisation ou en amont de celles-ci (Nadeau, 2010).

Le lien relationnel permet de dépasser une lecture symptomatique du jeune. Il permet de le connaître et de le comprendre au-delà des comportements qu'il manifeste pour se familiariser avec leurs causes sous-jacentes. Il importe pour le travailleur social de comprendre le sens de ces liens pour le jeune. Cette compréhension du sens le guide quant aux façons les plus indiquées d'entrer en contact avec lui ainsi qu'aux leviers d'interventions possibles.

### 3.4 Privilégier la démarche en fonction de l'unicité du jeune

La relation entre les troubles mentaux et le suicide se révèle complexe, si bien qu'elle ne saurait expliquer à elle seule le suicide quand il survient. D'autres facteurs psychosociaux liés de près ou de loin à l'histoire et au milieu de vie des jeunes s'ajoutent. En effet, bien que les troubles mentaux soient un facteur de risque important, seule une minorité des jeunes qui en souffrent se suicideront (Chagnon, 2007). Par ailleurs, certaines interventions préconisées pour un trouble mental en particulier peuvent s'avérer contre-indiquées pour un autre trouble en combinaison (CJM-IU, 2010). Le plan d'intervention doit donc se fonder sur la singularité de la situation et l'unicité du jeune et de chaque situation. Dans cet esprit, l'intervention est planifiée sur mesure avec le jeune et sa famille. Elle est traduite dans le plan d'intervention par un langage qu'ils comprennent, qui leur est familier et qui leur donne le sentiment qu'il s'applique spécifiquement à eux.

S'il importe pour le travailleur social de détenir les connaissances en lien avec la symptomatologie des divers troubles mentaux et des comportements suicidaires, ces connaissances doivent toujours être relativisées en prenant en compte les particularités de chaque jeune et de son contexte.

### 3.5 Favoriser une approche intégrée de concertation et de coordination des services

Le suicide est une problématique complexe qui apparaît la plupart du temps en présence de troubles mentaux, de difficultés de vie et d'une grande souffrance psychologique. Chez les jeunes hébergés, ces éléments s'inscrivent dans un contexte de situations de grandes difficultés d'adaptation, de négligence ou de délinquance. L'intervention auprès de ces jeunes doit se faire simultanément, à plusieurs niveaux et dépasse très souvent la mission spécifique d'un seul établissement. Le travail ne peut reposer sur un seul professionnel et les solutions ne peuvent engager un seul parti.

La perspective globale qui tient compte des axes biologiques, psychologiques et sociologiques demeure actuellement l'une des meilleures façons de concevoir le phénomène du suicide (Chagnon et Renaud, 2002). Par le fait même, les recherches font valoir l'importance de privilégier des actions qui ont été planifiées et concertées à partir d'une compréhension globale des situations par les différents dispensateurs de services psychosociaux, de réadaptation, de santé et par la communauté. En l'absence de perspective globale, la crise suicidaire conduit à être traitée comme un événement isolé et détaché de son contexte d'ensemble. Or, intervenir auprès des jeunes à risque suicidaire par des actions isolées est une tentative vouée à l'échec (Chagnon et Renaud, 2002).

Le regard particulier que pose le travailleur social sur les personnes et les situations, en s'attardant sur leurs dynamiques relationnelles et en les inscrivant dans leur contexte social, structurel, culturel et économique apporte un éclairage essentiel à cette perspective globale. En effet, en

s'attardant sur les interrelations et inter-influences entre le jeune et son environnement, le travailleur social planifie l'intervention en visant des stratégies d'actions qui impliquent tant le jeune, ses proches, la communauté, les institutions sociales que la société au sens large.

Lorsqu'il s'agit de déterminer un plan d'intervention pour un jeune atteint d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergé dans une unité de réadaptation, le travailleur social agit, en outre, comme interface en considérant tous les services, de même que le jeune et sa famille comme des partenaires. En faisant appel à leurs différentes perspectives et expertises, il cherche leur contribution pour mieux cibler les besoins liés à la situation du jeune et identifier les solutions les plus aidantes pour lui permettre de jouer ses rôles sociaux de façon satisfaisante.

Dans un tel contexte, la détermination du plan d'intervention peut également impliquer la mise en œuvre d'un plan de service individualisé (PSI). Prévu dans la LSSSS à l'article 103, le PSI se veut un outil de planification, de coordination et d'intégration de services individualisés visant globalement à donner une direction à la personne et son milieu, dans le cheminement de leurs actions, des actions des intervenants, des programmes, des établissements et des divers organismes (Champagne, 1992 cité dans Boislard et al., 2008). En ce sens, le PSI n'est pas la somme des PI de tous les établissements, mais un consensus établi entre les différents dispensateurs de services, le jeune et ses parents sur les objectifs à poursuivre et les moyens de réalisation en tenant compte du contexte culturel et légal (MSSS-MELS, 2002).

### 3.6 Planifier l'intervention en mesurant sa portée

Le travailleur social se doit de réfléchir à ses actions, d'être en mesure de les expliquer et d'en rendre compte. Parce qu'il est imputable de ses actes professionnels, il doit constamment se questionner sur leur pertinence, leurs conséquences et leur portée. Lorsqu'il s'agit de déterminer un plan d'intervention pour un jeune atteint d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergé dans une ressource de réadaptation, le travailleur social doit se questionner sur « quoi faire pour bien faire? »<sup>10</sup> pour ensuite aborder le « comment faire pour y arriver? ». À cet égard, il doit prendre des décisions et guider ses actions dans l'esprit des principes et des valeurs propres à sa profession.

En considérant le jeune hébergé atteint d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire avant tout comme un être social, en constante interaction avec son environnement, le travailleur social planifie l'intervention en mesurant les impacts et la portée, non seulement sur le jeune visé, mais aussi sur son environnement immédiat (sa famille, son entourage, les autres jeunes de la ressource d'hébergement) et sur l'environnement sociétal (les institutions, la société au sens large). En ce sens, la planification de l'intervention doit se faire au-delà de la perspective où le jeune est une personne en difficulté ou en détresse qu'il faut « traiter ».

10. René Villemure, éthicien, Institut québécois d'éthique appliquée.

La réalité des jeunes atteints de troubles mentaux ou à risque suicidaire qui sont hébergés dans les ressources de réadaptation pour jeunes en difficulté démontre bien combien elle est influencée par des facteurs sociaux tels que les conditions de vie, le soutien social et l'accessibilité aux ressources. Dans cet esprit, c'est toute la collectivité, incluant le jeune et sa famille, qui est appelée à contribuer à l'intervention afin de lui permettre de se développer et d'exercer son droit à prendre sa place dans la société et à contribuer à son tour au développement de sa communauté.

### **3.7 Le plan d'intervention et les mesures de contention et d'isolement dans le cadre de l'application de la LSSSS**

La décision d'utiliser des mesures de contention et d'isolement dans le cadre de l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* est également réservée aux travailleurs sociaux, en partage avec d'autres professionnels, par le PL 21. L'OTSTCFQ a d'ailleurs produit des lignes directrices destinées aux travailleurs sociaux concernés par cette activité et invite le lecteur à s'y référer pour en saisir les nuances et la portée.

La question du recours aux mesures de contention et d'isolement peut se poser pour le travailleur social qui exerce dans un contexte d'intervention thérapeutique ou planifiée en santé mentale comme celui des unités de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation<sup>11</sup>.

Selon l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la force ou l'isolement ne peuvent être utilisés comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement que pour l'empêcher de s'infliger des lésions ou d'en infliger à autrui. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. La réserve de l'activité vise les situations où la décision s'inscrit dans une intervention planifiée et prévue au plan d'intervention.

En situation d'urgence, la décision d'utiliser des mesures de contention ou d'isolement ne constitue pas l'objet de la réserve. Pensons par exemple à un jeune dont le comportement non prévisible met en danger sa sécurité ou celle d'autrui.

Bien qu'en centres jeunesse le recours à des mesures de contention ou d'isolement s'inscrit dans un contexte d'exception et de danger imminent pour la personne ou pour autrui, une analyse postsituationnelle est toujours requise afin notamment d'évaluer la possibilité que se produise à nouveau la situation ayant donné lieu à l'application de telles mesures. L'analyse postsituationnelle réalisée à la suite de l'application non prévue de mesures de contention ou d'isolement permet de planifier et d'intégrer au plan d'intervention des mesures préventives, de remplacement ou, de façon exceptionnelle, de contrôle dans le futur<sup>12</sup>. Dans de telles situations, il importe pour le travailleur social de revoir le plan d'intervention en concertation avec le jeune, ses parents ainsi que les autres professionnels impliqués afin de prévoir les interventions les plus aidantes pour prévenir le recours aux mesures de contrôle ou pour les remplacer.

11. Art. 79 de la LSSSS.

12. Art. 79 de la LSSSS.



## 4. L'ÉLABORATION DU PLAN D'INTERVENTION

Lorsqu'il s'agit de déterminer un plan d'intervention pour un jeune atteint d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergé dans une ressource de réadaptation, deux processus peuvent être mis en place en vue d'améliorer sa situation. Il s'agit de l'élaboration d'un plan d'intervention (PI) et d'un plan de services individualisé (PSI). Ces deux démarches se complètent et se distinguent par leur fonction et par les acteurs qui y participent.

Le PI identifie et coordonne les actions des divers intervenants d'un même établissement en lien avec les objectifs spécifiques et les moyens requis au changement souhaité par le jeune et sa famille. La démarche du PSI, quant à elle, consiste essentiellement, avec le consentement du jeune et de ses parents, à mobiliser les partenaires déjà impliqués dans leur situation ou à en impliquer de nouveaux pour mieux répondre aux besoins identifiés.

Tant la réalisation du PI que celle du PSI s'inscrivent dans une démarche séquentielle. Chacune des séquences est reprise dans la structure même du plan sous forme de rubriques décrivant les besoins, les objectifs, les moyens, l'échéancier et les responsabilités de chacun.

Ces séquences sont connues par les intervenants œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux et leur mise en œuvre est modulée aux besoins et réalités des différents milieux de pratique. La méthodologie et le contenu du plan d'intervention sous ses différentes formes se trouvent dans plusieurs documents de références. Tous les centres jeunesse ont élaboré un guide de planification PI, PSI spécifique à leurs propres besoins et réalité.

Ces lignes directrices n'abordent pas la méthodologie à suivre pour réaliser le plan d'intervention. L'Ordre encourage les travailleurs sociaux à prendre connaissance de la documentation sur le sujet en consultant notamment les ouvrages de référence en travail social ainsi que les documents réalisés par leur établissement.

## 5. DÉVELOPPEMENT ET SOUTIEN PROFESSIONNELS

L'activité professionnelle qui consiste à déterminer le plan d'intervention pour une personne atteinte d'un trouble mental ou présentant un risque suicidaire qui est hébergée dans une ressource de réadaptation pour jeunes en difficulté est complexe et lourde de responsabilités. Elle vise des jeunes dont l'histoire et les conditions de vie difficiles, la souffrance et la grande vulnérabilité se révèlent à travers un comportement très souvent perturbateur, imprévisible et chargé d'émotions. Elle implique de prévoir des actions qui interpellent plusieurs acteurs de façon concertée dans un contexte où il n'est pas toujours possible de maîtriser les paramètres. Par ailleurs, les études et recensions d'écrits sur le sujet font valoir l'importance d'agir sur les causes sous-jacentes plutôt que sur les manifestations des troubles que présentent ces jeunes.

Il est de la responsabilité du travailleur social de s'assurer de détenir, de maintenir et de développer les connaissances et les habiletés nécessaires à l'exercice professionnel de cette activité. Plus spécifiquement, il doit intégrer à sa pratique l'état des connaissances, notamment dans les champs du suicide, de la santé mentale, du développement des enfants, des enjeux sociaux et particulièrement ceux concernant les enfants et les adolescents. Dans les domaines qui dépassent ses compétences, le travailleur social fait appel à l'expertise des autres professionnels en prenant soin de respecter les normes de pratique professionnelle en matière de confidentialité et du droit des personnes au secret professionnel. Enfin, le travailleur social doit accorder de l'importance à ses propres réactions, émotions et valeurs à travers les gestes professionnels qu'il pose. Le travailleur social s'assure de recourir aux moyens qui peuvent l'aider, le soutenir et le valider dans ses interventions, que ce soit par la supervision, les consultations cliniques, le mentorat, les communautés de pratique et les activités de codéveloppement.

# CONCLUSION

Avec le PL 21, le législateur reconnaît l'apport des compétences spécifiques et distinctes de chaque professionnel dans l'évaluation et la réponse aux situations complexes et aux besoins des personnes les plus vulnérables de la société.

Devant les besoins et défis que présentent les jeunes en difficultés d'adaptation aux prises avec un trouble mental ou présentant un risque suicidaire, les travailleurs sociaux sont des acteurs clés compétents pour identifier les interventions les plus appropriées afin d'assurer le plein développement du jeune en lien avec son environnement.

Le contexte actuel appelle les travailleurs sociaux à saisir cette occasion pour faire valoir leur perspective unique des personnes en relation avec leur environnement et ainsi contribuer à leur pleine participation citoyenne au sein de la société.

# RÉFÉRENCES

- Association des Centres Jeunesse du Québec (2009). *Cadre de référence en soutien à l'organisation des services aux jeunes hébergés dans les centres jeunesse et souffrant de troubles mentaux*. Québec : Association des centres jeunesse du Québec.
- Boislard, L., et al. (2008). *Cadre de référence - Plan de services individualisé Jeunesse en Montérégie*, 2e éd., Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 76 p.
- Centre Jeunesse de Montréal Institut Universitaire (2006). *Cadre de référence : Le développement des services de réadaptation avec hébergement à l'adolescence*. Montréal : Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire, réédition août 2009.
- Centre Jeunesse de Montréal Institut Universitaire (2009). *Guide de soutien à la pratique : La réadaptation avec hébergement dans les ressources en internat en vertu de la LPJ-LSSSS à l'adolescence*. Montréal : Centre Jeunesse de Montréal-Institut Universitaire.
- Centre Jeunesse de Montréal Institut Universitaire (2010). *Guide de soutien à la pratique en santé mentale pour les jeunes de 12-18 ans*. Montréal : Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire, 113 p.
- Chagnon, F. (2007). Le suicide chez les jeunes en centre jeunesse : où en sommes-nous et quels sont les défis pour la prévention? *Revue de psychoéducation*, 36 (2), 273-278.
- Chagnon, F., et Renaud, J. (2002). *Concertation sur le suicide chez les jeunes en difficulté à Montréal*. Défi jeunesse. Numéro thématique : Défi professionnel... Défi universitaire. Janvier 2002.
- Chagnon, F., Houle, J., et Renaud, J. (2002). *Que savons-nous des éléments pouvant influencer le processus suicidaire chez les adolescents?* Projet d'intervention concertée sur le suicide chez les jeunes en difficulté à Montréal. Montréal : Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, Hôpital Ste-Justine, 34 p.
- Chagnon, F., Renaud, J., et Farand, L. (2001). Suicide et délinquance juvénile : phénomènes distincts ou manifestations d'une même problématique? *Criminologie*, vol. 34, no. 2, p. 85-102. Consulté sur <http://id.erudit.org/iderudit/027506ar>, téléchargé le 22 juin 2011.
- Cloutier, R., Nadeau, D., Bordeleau, S., et Verrault, M. (2008). Pauvreté, santé mentale et protection de la jeunesse dans K.L. Frohlich, M. DeKoninck, P. Bernard et A. Demers (dir.). *Les inégalités sociales au Québec : Comprendre et agir*. Chap. 12. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, p. 263-291.
- Comité régional MSSS-MELS, région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (2009). *Manuel de référence pour la réalisation des plans de services individualisés (PSI)*. Clientèle jeunesse : Entente MESSS-MELS, région Gaspésie-Îles-de-la Madeleine.
- Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M., et Camirand, R. (2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, Québec. Direction des communications, ministère de la Santé et des Services Sociaux, 99 p.

- Laurier, C. (2008). Les facteurs associés au risque suicidaire chez les adolescents délinquants. *Frontières*, vol. 21, no. 1 p. 32-43. Consulté sur <http://id.erudit.org/iderudit/037872ar>, téléchargé le 26 juillet 2011.
- Lemonde, L., et Desrosiers, J. (2000). Les mesures privatives de liberté dans les centres de réadaptation pour jeunes : un urgent besoin d'examen des pratiques et des politiques en fonction du respect des droits. *Les cahiers de droit*, vol. 41, no. 1, p. 147-169. Consulté sur <http://id.erudit.org/043595ar>, téléchargé le 22 juin 2011.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux : contention, isolement et substances chimiques*. Québec, 27 p.
- Nadeau, D. (2009). Services sociaux, psychiatrie et violence adolescente : explorer l'efficacité des pratiques de réadaptation. *Psychiatrie et violence*, volume 9, numéro 1. Consulté sur <http://id.erudit.org/iderudit/038868ar>, téléchargé le 22 juin 2011.
- Nadeau, D., Patry, M. R., et coll. (2008). *La santé mentale des usagers du centre jeunesse de Québec-Institut Universitaire : Modèle de développement d'organisation des services*. Québec : Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire, 43 p.
- Office des professions du Québec (2012). *Guide explicatif : Le PL 21. Des compétences professionnelles partagées en santé mentale et en relations humaines : La personne au premier plan. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions légales dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Gouvernement du Québec, 81 p.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2011). *Lignes directrices : Décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement dans la cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones Cris*. Montréal, Québec, 31 p.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (2009). *La pratique professionnelle des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux en protection de la jeunesse*. Montréal, Québec, 26 p.
- Pauzé, R., et coll. (2004). *Portrait des jeunes âgés de 0 à 17 ans référés à la prise en charge des centres jeunesse du Québec, leur parcours dans les services et leur évolution dans le temps*. Sherbrooke : Groupe de recherche sur les inadaptations psychosociales de l'enfance de l'Université de Sherbrooke (GRISE).
- Québec, Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse (2007). *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec : Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse*. Québec : ministère de la Santé et des Services Sociaux, 79 p.
- Renaud, J., et Chagnon, F. (2003). *Étude des suicides chez les jeunes qui ont reçu des services des centres jeunesse au Québec : Volet I : Prévalence des suicides et caractéristiques associées*. Montréal, 22 p.

- Séguin, M., Brunet, A., et LeBlanc, L. (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.
- Shang, M., Harrison, C., et Doucet, S. (2012). *Recension de pratiques favorisant l'utilisation du plan de services individualisé (PSI) et du plan d'intervention interdisciplinaire (PII)*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 24 p.
- Tremblay, G. (2011). Élaboration du plan d'intervention dans Turcotte, D. et Deslauriers, J.P. (dir.). *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*. Chap. 4. Québec : Les Presses de l'Université Laval, p. 73-90.



**ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX  
ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX  
ET FAMILIAUX DU QUÉBEC**

255, boul. Crémazie Est, 8<sup>e</sup> étage  
Montréal (Québec) H2M 1L5

MÉTRO CRÉMAZIE

Tél.: 514 731-3925  
Sans frais : 1 888 731-9420  
Télécopieur : 514 731-6785

[info.general@otstcfq.org](mailto:info.general@otstcfq.org)

[www.otstcfq.org](http://www.otstcfq.org)