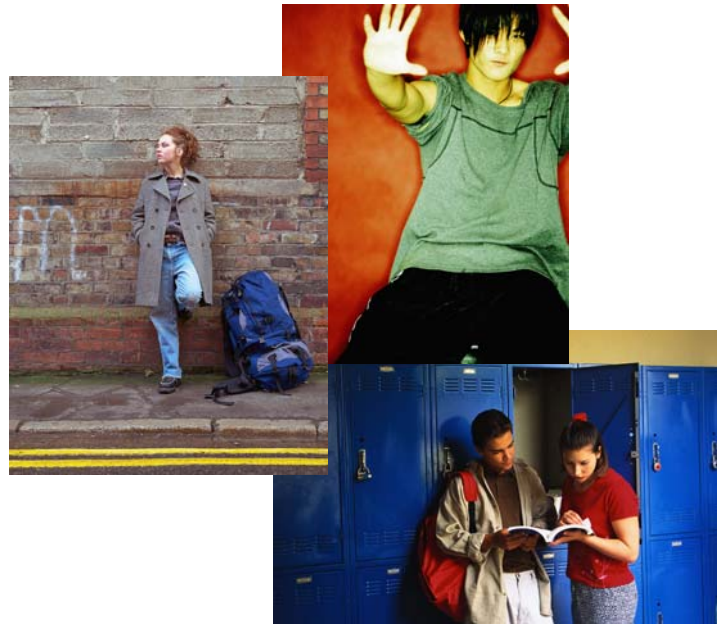


ORIENTATIONS RÉGIONALES DU PROGRAMME-SERVICES *JEUNES EN DIFFICULTÉ*

Estrie 2007-2010



*Services psychosociaux
pour les enfants et les jeunes
de 0-17 ans en difficulté,
et leur famille*

Reproduction totale ou partielle autorisée avec mention de la source

Document disponible sur le site Web de l'Agence
www.santeestrie.qc.ca/agence

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
Bibliothèque et Archives du Canada
ISBN 978-2-921776-66-0 (version imprimée)
ISBN 978-2-921776-59-2 (version PDF)

Table des matières

CONTRIBUTIONS À L'ÉLABORATION DES ORIENTATIONS DU PROGRAMME-SERVICES JEUNES EN DIFFICULTÉ	7
SIGLES UTILISÉS DANS LE DOCUMENT	8

PARTIE I CONTEXTE, DÉFINITIONS ET ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL
--

1. INTRODUCTION	13
2. CONTEXTE DE L'ÉLABORATION DES ORIENTATIONS RÉGIONALES DU PROGRAMME-SERVICES JEUNES EN DIFFICULTÉ	13
2.1 LA LOI 25 : UN CHANGEMENT MAJEUR AU CŒUR DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	13
2.1.1 <i>L'approche populationnelle</i>	14
2.1.2 <i>Le projet clinique</i>	14
2.1.3 <i>Les programmes-services</i>	15
2.1.4 <i>Des défis</i>	15
2.2 LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LPJ).....	16
2.3 LA LOI SUR LE SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE POUR LES ADOLESCENTS (LSJPA).....	16
2.4 LES DISPOSITIONS DU CODE CIVIL.....	16
3. LE PROGRAMME-SERVICES JEUNES EN DIFFICULTÉ	16
3.1 LA DÉFINITION DU PROGRAMME ET LA FINALITÉ RECHERCHÉE.....	17
3.2 L'OFFRE DE SERVICE DU PROGRAMME-SERVICES JEUNES EN DIFFICULTÉ.....	18
3.3 LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES.....	19
3.4 LES ORIENTATIONS RÉGIONALES.....	22
3.5 LE CONTINUUM DE SERVICES.....	22
3.5.1 <i>Les activités de santé publique</i>	22
3.5.2 <i>L'intervention des services généraux des CSSS</i>	23
3.5.3 <i>L'intervention des services spécifiques des CSSS</i>	23
3.5.4 <i>L'intervention des services spécialisés du CJE et de laVMC</i>	23
3.5.5 <i>Les interventions de soutien : les actions des autres programmes-services et les actions des partenaires</i>	23
3.6 LES INTERFACES AVEC LES AUTRES PROGRAMMES-SERVICES.....	24
3.6.1 <i>Programme Santé publique</i>	24
3.6.2 <i>Programmes Services généraux</i>	24
3.6.3 <i>Programme-services Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement</i>	24
3.6.4 <i>Programme-services Dépendances</i>	25
3.6.5 <i>Programme-services Santé mentale</i>	26
3.6.6 <i>Programme-services Santé physique</i>	27
3.6.7 <i>Programme-services Déficience physique</i>	27
3.7 AUTRES CONSIDÉRATIONS POUR L'ORGANISATION DU RÉSEAU DE SERVICES AUX JEUNES EN DIFFICULTÉ ..	28
4. ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL DU PROGRAMME-SERVICES JEUNES EN DIFFICULTÉ	29
4.1 LES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES.....	30
4.2 L'INDICE DE DÉFAVORISATION SOCIALE ET MATÉRIELLE.....	30
4.3 LES PRINCIPALES PROBLÉMATIQUES CONCERNÉES : DÉFINITIONS.....	31
4.3.1 <i>Les retards de développement</i>	31
4.3.2 <i>La maltraitance</i>	31
4.3.2.1 L'abus physique.....	31
4.3.2.2 L'abus sexuel.....	31

4.3.2.3	Les mauvais traitements psychologiques.....	31
4.3.2.4	La négligence.....	32
4.3.2.5	L'abandon.....	32
4.3.3	<i>Les troubles de comportement</i>	32
4.3.4	<i>La délinquance</i>	32
4.4	LES PRINCIPALES DONNÉES SOCIO-SANITAIRES RELATIVES AUX PROBLÉMATIQUES JEUNES EN DIFFICULTÉ.....	32
4.5	LES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE RELATIFS AUX PROBLÉMATIQUES VÉCUES PAR LES JEUNES EN DIFFICULTÉ.....	35
4.5.1	<i>Les conditions sociofamiliales adverses</i>	35
4.5.2	<i>Les facteurs de risque associés aux parents</i>	35
4.5.3	<i>Les facteurs de risque associés aux enfants</i>	36
4.5.4	<i>Les facteurs de risque associés à la relation parent-enfant</i>	36
4.5.5	<i>Facteur de risque institutionnel</i>	36
4.6	LA DESCRIPTION DE L'OFFRE DE SERVICE POUR LES JEUNES EN DIFFICULTÉ DANS LA RÉGION ET LES DONNÉES D'UTILISATION DE SERVICES LES PLUS RÉCENTES.....	37
4.6.1	<i>Volet accessibilité</i>	38
4.6.2	<i>Volet continuité</i>	50
4.6.2.1	Des plans de services individualisés.....	50
4.6.2.2	Des instances de concertation.....	50
4.6.2.3	Du soutien clinique.....	50
4.6.2.4	Des ententes de partenariat.....	51
4.6.2.5	Des mécanismes de jonction de services.....	51
4.6.3	<i>Volet qualité</i>	52
4.6.3.1	Des outils cliniques communs et validés.....	52
4.6.3.2	Des plans d'intervention.....	52
4.6.3.3	Des échanges cliniques.....	53
4.6.3.4	La gestion des ressources humaines.....	53
4.6.3.5	Le développement des compétences.....	53
4.6.3.6	Des liens avec les universités.....	53
4.6.3.7	Des mesures de retrait et d'isolement conformes aux normes et standards.....	53
4.6.3.8	Le roulement du personnel.....	54
4.6.3.9	Une programmation en réadaptation interne.....	54
4.6.3.10	Une procédure de gestion des admissions et des sorties en internat.....	54
4.7	LES IMPACTS ANTICIPÉS DE LA NOUVELLE LPJ SUR L'OFFRE DE SERVICE AUX JEUNES EN DIFFICULTÉ.....	54
4.8	LES RESSOURCES FINANCIÈRES DÉPENSÉES EN ESTRIE DANS LE PROGRAMME-SERVICES JEUNES EN DIFFICULTÉ.....	55
4.9	LES CONSTATS GÉNÉRAUX SUR LE PROGRAMME-SERVICES JEUNES EN DIFFICULTÉ EN ESTRIE.....	56
4.9.1	<i>Volet accessibilité</i>	56
4.9.2	<i>Volet continuité</i>	57
4.9.3	<i>Volet qualité</i>	57
4.10	EN CONCLUSION.....	58

PARTIE II ORIENTATIONS RÉGIONALES 2007-2010

5.	LES ORIENTATIONS RÉGIONALES 2007-2010.....	63
5.1	LES PRINCIPES DIRECTEURS.....	63
5.2	LES ORIENTATIONS RÉGIONALES PROPOSÉES.....	65
5.2.1	<i>Volet accessibilité</i>	65
5.2.2	<i>Volet continuité</i>	65
5.2.3	<i>Volet qualité</i>	65
5.3	LES COMPOSANTES DU CONTINUUM DE SERVICES DES ÉTABLISSEMENTS EN COLLABORATION AVEC LEURS PARTENAIRES ET LE SOUTIEN DES AUTRES PROGRAMMES-SERVICES.....	66
5.4	LES RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PARTENAIRES DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES.....	67
5.4.1	<i>L'encadrement légal</i>	67
5.4.2	<i>Les rôles et responsabilités</i>	68
5.5	LA TRAJECTOIRE DE SERVICES DANS LE CADRE DU PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ.....	70

6. LA REDDITION DE COMPTES	72
7. LES CONDITIONS DE RÉUSSITE ET ENJEUX	73
7.1 LES RESSOURCES HUMAINES	73
7.2 LE SOUTIEN INFORMATIQUE ET INFORMATIONNEL	75
7.3 LE PLAN DE COMMUNICATION	76
7.4 LES RESSOURCES FINANCIÈRES.....	77

PARTIE III PLAN RÉGIONAL DE MISE EN OEUVRE

8. LE PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE L'AGENCE CONCERNANT LES ORIENTATIONS RÉGIONALES 2007-2010 JEUNES EN DIFFICULTÉ.....	81
BIBLIOGRAPHIE	89
ANNEXE	93

CONTRIBUTIONS À L'ÉLABORATION DES ORIENTATIONS DU PROGRAMME-SERVICES JEUNES EN DIFFICULTÉ

Nous tenons à remercier chaleureusement chacune des personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce document.

Les membres du Comité directeur élargi sur les orientations Jeunes en difficulté

Chantal Charron, Maison Jeunes-Est
Carol Fillion, Centre jeunesse de l'Estrie, président du Comité directeur
Claire Giguère, Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Bernard Lacroix, Commission scolaire des Hauts-Cantons
Pierre Lalonde, Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François
Charles Lamontagne, Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie
Claudy Harvey, Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie
Claude Marchand, Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Line Masson, Villa Marie-Claire
Louise Nadeau, Directrice de la protection de la jeunesse
Nathalie Ouellet, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
Édith Pelletier, Commission scolaire des Sommets
Anne-Marie Poirier, Naissance-Renaissance
Johanne Simard, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Raymonde Vaillancourt, Direction des affaires médicales et universitaires, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Martine Staehler, Regroupement des centres de la petite enfance des Cantons de l'Est

Les collaborateurs et collaboratrices de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

France Bisson, Direction des ressources financières, informationnelles et matérielles
Alain Ouellet, Direction des ressources financières, informationnelles et matérielles
Ginette Noël, Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines
Julie Dessureault, Direction des ressources financières, informationnelles et matérielles
Michael Rochette, Direction de l'organisation des services
Nicole Berthiaume, Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines
François-William Tremblay, Direction de santé publique et de l'évaluation
Alain Couture, Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines
Liliane Pagé, Direction de santé publique et de l'évaluation

Direction de l'organisation des services, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Lynda Périgny, directrice de l'organisation des services
Sandra Brassard, agente de planification, de programmation et de recherche (rédaction)

Mise en pages et traitement de texte

Suzanne Desautels, agente administrative, Centre jeunesse de l'Estrie
Nicole Calvert, agente administrative, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Recherche et rédaction

Odette Ouellet, Centre jeunesse de l'Estrie (prêt de service).

SIGLES UTILISÉS DANS LE DOCUMENT

ADS	Approche différenciée selon les sexes
Agence de l'Estrie	Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CJ	Centre jeunesse
CJE	Centre jeunesse Estrie
CLSC	Centre local de services communautaires
CNDE-Dixville	Regroupement CNDE-Dixville
CPE	Centre de la petite enfance
CR	Centre de réadaptation
CS	Commission scolaire
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DPJ	Directrice de la protection de la jeunesse
DSP	Direction de santé publique
DSQ	Dossier santé Québec
EIJ	Équipe d'intervention jeunesse
EIQ	Étude d'incidence québécoise
ELDEQ	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec
FASS	Fonds pour l'adaptation des services de santé
GMF	Groupe de médecine familiale
GRISE	Protocole d'évaluation en trouble du comportement
I-CLSC	Information Centre local de services communautaires
ICI	Intervention comportementale intensive
ISP	Indice de stress parental
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MELS	Ministère de l'éducation, du loisir et du sport
MOS	Modèle d'organisation de services
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NEGS	Naître égaux et grandir en santé
OC	Organismes communautaires
OLO	Programme œufs, lait, orange
P-SOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PACE	Programme d'actions communautaires pour les enfants (fédéral)
PAR	Plan d'action régional en santé publique
PCNP	Programme canadien de nutrition parentale
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PIJ	Projet information jeunesse
PNF	Programme national de formation
PNSP	Programme national de santé publique
PRIE	Plan régional d'informatisation de l'Estrie
PSI	Plan de services individualisé
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
RI-RTF	Ressource intermédiaire-ressource de type familial
RLS	Réseau local de services
RPD	Rapport prédécisionnel

SCJ	Système clientèle jeunesse
SIC	Système d'information clientèle
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant un contexte de vulnérabilité (En Estrie, Programme intégré 0-5 ans <u>ou</u> Programme d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants 0-5 ans et de leur famille vivant en contexte de vulnérabilité (profils PSJP, NEGS, OLO)
SIRTF	Système d'information des ressources de type familial
SM	Santé mentale
SSP	Système de soutien à la pratique
TED	Troubles envahissants du développement
TRRH	Table des responsables des ressources humaines
VMC	Villa Marie-Claire inc.
YAPP	Programme Y'a personne de parfait

Partie I

Contexte, définitions et état de situation régional

1. INTRODUCTION

La plupart des enfants et des familles vivent des difficultés, à un moment ou l'autre de leur développement. La très grande majorité d'entre eux puisent à leurs ressources personnelles, familiales et dans leur réseau naturel de soutien, l'aide dont ils ont besoin. Ils sont, par ailleurs, appuyés par les services offerts aux enfants et aux familles dans les différents milieux qu'ils fréquentent, qu'il s'agisse d'organismes communautaires, de centres de la petite enfance, de milieux d'éducation ou encore de services généraux des établissements de santé et de services sociaux dédiés au soutien de l'ensemble de la population et auxquels tous peuvent recourir lorsque le besoin se fait sentir.

Il existe toutefois un nombre encore trop grand d'enfants, de jeunes et de familles dont les difficultés ne sont pas transitoires et qui nécessitent une intervention soutenue pour favoriser la reprise du développement des enfants et des jeunes, pour assurer leur protection ou encore leur réadaptation sociale et la protection de la société, vu les délits qu'ils ont commis.

À l'autre bout du spectre, on retrouve donc des enfants et des jeunes dont la situation est signalée aux directeurs de la protection de la jeunesse. Au Québec, pour l'année 2006-2007, c'est 67 792¹ signalements qui ont été reçus et traités, dont 1 969 pour la région de l'Estrie. Si toutes ces situations ne justifient pas une intervention d'autorité dans la vie des familles, elles nous donnent toutefois des indications quant au nombre d'enfants et de jeunes qui ont besoin d'un sérieux coup de pouce pour réussir à grandir et à se développer, voire pour reprendre leur développement.

Ce sont ces enfants, ces jeunes et ces familles en difficulté pour qui il importe de se rallier afin d'augmenter leurs chances de se tailler une place avec suffisamment de bien-être pour contribuer positivement comme citoyen à bâtir le monde.

2. CONTEXTE DE L'ÉLABORATION DES ORIENTATIONS RÉGIONALES DU PROGRAMME -SERVICES JEUNES EN DIFFICULTÉ

L'évolution du réseau de la santé et des services sociaux connaît des moments marquants depuis 2003. Parmi eux, trois changements législatifs majeurs tracent les contours d'un nouveau contexte pour la prestation des services sociaux aux enfants, aux jeunes et à leurs familles, notamment à ceux qui vivent des difficultés. Il s'agit de deux lois québécoises et d'une loi fédérale.

2.1 La Loi 25 : un changement majeur au cœur du réseau de la santé et des services sociaux

En décembre 2003, une loi (Loi 25) a introduit au cœur du réseau de la santé et des services sociaux deux grands principes : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. L'objectif ultime est le décloisonnement de la gestion du réseau pour faciliter le cheminement des personnes à l'intérieur de ce réseau complexe. Il s'agit aussi d'assurer une meilleure accessibilité, continuité et qualité de services pour la population selon les modalités suivantes :

- en offrant le plus large éventail possible de services de première ligne, proches du milieu de vie du plus grand nombre;
- en mettant en place des mécanismes de référence et de suivi entre les services de première ligne et les services spécialisés, voire surspécialisés.

¹ Association des centres jeunesse du Québec, *Une famille pour chaque enfant, des racines pour la vie, Nos enfants*, Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse 2007, p. 12.

Pour ce faire, il a été confié aux agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (anciennement régies régionales) la responsabilité de mettre en place un mode d'organisation des services de santé et services sociaux basé non plus sur les établissements à mission spécifique, mais sur des réseaux locaux de services. Au cœur de chaque réseau local se trouve un établissement, le centre de santé et de services sociaux (CSSS) né de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et de centres hospitaliers (CH), dans certains cas.

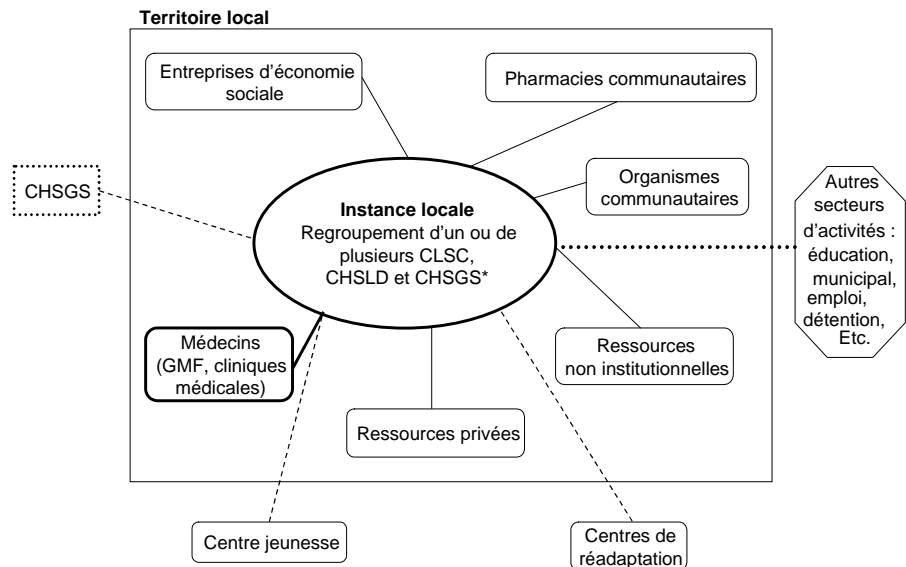
Cette nouvelle organisation des services à partir des réseaux locaux de services met en évidence une responsabilité des dispensateurs de services de santé et services sociaux envers la population et le résultat attendu est l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Le CSSS est maître d'œuvre de l'organisation des services sur son territoire.

2.1.1 L'approche populationnelle

Au cœur de cette transformation souhaitée des services publics en santé et services sociaux se trouve le passage d'une logique de production de services à un objectif d'assurer un état de santé maximal, compte tenu des ressources disponibles et des besoins de la population d'un territoire. L'offre de service est modulée en fonction d'une population et non des individus qui consomment les services et les acteurs d'un réseau local de services ont une responsabilité partagée envers la population de leur territoire. Cette vision différente a ses enjeux. Les choix et les décisions de services pourraient être ceux ayant le plus d'impact sur la population. On parle de proactivité, et non de réactivité dans l'offre de service, en vue de diminuer ou minimiser les risques et d'améliorer les conditions des plus vulnérables. Il ne s'agit plus de se limiter à traiter les problèmes de santé lorsqu'ils se manifestent, mais de développer des stratégies accordant de l'importance à la promotion de la santé, à la prévention et au dépistage précoce des maladies et des problèmes psychosociaux.

Les acteurs dans le réseau local de services



* Une instance locale pourrait ne pas inclure un centre hospitalier en raison de l'absence d'une telle structure de services sur son territoire ou de la complexité d'intégrer ou de regrouper les services offerts par ce type d'établissements.

Source : MSSS, « L'intégration des services de santé et des services sociaux », Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Février 2004

2.1.2 Le projet clinique

Le CSSS doit mobiliser ses partenaires du réseau local de services pour élaborer un projet clinique et organisationnel, interdisciplinaire et complémentaire, pour assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services sur son territoire.

Le MSSS définit le projet clinique de la façon suivante :

« Le projet clinique du réseau local réfère à une démarche qui vise à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population du territoire à partir de divers modes de prestation de services adaptés aux réalités locales, articulés entre eux et qui englobent l'ensemble des interventions relatives à la promotion/prévention de la santé et du bien-être, le diagnostic, les interventions ou traitements, le suivi, l'adaptation et le soutien à l'intégration sociale, la

réadaptation et le soutien en fin de vie. Il tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels et du potentiel de contribution des divers acteurs ».

Pour transiter vers ce type d'offre de service, il est indispensable de hiérarchiser les services et de les coordonner. La mise en ordre des différents éléments qui composent l'offre de service et la traduction en plan de mise en œuvre (programmation) constitue la pierre angulaire du projet clinique d'un réseau local de services dont le CSSS est le maître d'œuvre sur son territoire.

2.1.3 Les programmes-services

Pour sortir de la stricte logique d'approche par établissement et afin de favoriser la mise en place d'un continuum de services dans une perspective populationnelle, les changements amorcés par le MSSS proposent aussi une approche par programme. Les programmes-services sont au nombre de neuf :

- Deux programmes qui répondent à des besoins touchant l'ensemble de la population, soit le programme « Santé publique » et le programme « Services généraux »;
- Sept programmes-services répondant à des problématiques particulières, dont « Jeunes en difficulté »².

Chaque programme-services comprend des services de première ligne, des services spécialisés et des services surspécialisés.

L'arrimage des neuf programmes-services entre eux et la reconnaissance de leur interdépendance dans la réponse aux besoins des personnes, des clientèles particulières, des groupes vulnérables et de l'ensemble de la population lancent de nombreux défis. De plus, et dans un souci de répondre efficacement aux besoins des individus, il s'avère essentiel que l'élaboration et l'implantation de chaque programme tiennent compte particulièrement de l'accessibilité aux services pour les personnes d'expression anglaise, mais aussi des orientations ministérielles au regard de l'analyse différenciée selon les sexes.

L'accessibilité des services pour les personnes d'expression anglaise repose sur deux articles (15 et 348) de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Le premier (art. 15) reconnaît le droit de ces usagers de recevoir des services dans leur langue. Ce droit s'articule dans un programme régional d'accès aux services en langue anglaise (art. 348). Le programme identifie les établissements de la région qui rendent une partie ou l'ensemble de leurs services accessibles en langue anglaise. Cette offre donne lieu à un décret gouvernemental. Quant aux personnes qui ne parlent ni le français, ni l'anglais, la LSSSS prévoit que chaque programme régional d'organisation de services doit prendre en compte les « caractéristiques socioculturelles et linguistiques de la population... ». C'est ainsi que sont rendus disponibles en Estrie notamment des services d'interprètes, de la formation aux intervenants pour agir en contexte interculturel, la traduction de certains documents, etc.

Par ailleurs, depuis 1997, le gouvernement du Québec travaille à inscrire dans ses pratiques et dans sa culture ministérielle une nouvelle approche contribuant à l'égalité entre les femmes et les hommes : il s'agit de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS)³.

2.1.4 Des défis

Dans le contexte actuel de transformation du système de santé et de services sociaux, la réalisation du Projet clinique et des neuf programmes-services à l'intérieur de chaque réseau local de services de la santé et de services sociaux constitue un projet novateur et de partenariat par excellence. De nombreux défis sont lancés dont celui de passer d'une pure logique de prestation de services à une logique selon laquelle les

² Les six autres programmes-services sont : « Perte d'autonomie liée au vieillissement », « Déficience physique », « Déficience intellectuelle et TED (troubles envahissant du développement) », « Dépendances », « Santé mentale », « Santé physique ».

³ Gouvernement du Québec, *Analyse différenciée selon le sexe dans le secteur de la santé et des services sociaux. Cahier de formation pour les gestionnaires*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.

partenaires sectoriels et intersectoriels du réseau local des services (RLS) doivent partager collectivement une responsabilité envers la population et autour d'un centre d'intérêt commun : la santé et le bien-être. Dans ce contexte de changement « de vision et de culture », les personnes et les organisations évoluent dans un environnement qui devient de plus en plus complexe et interdépendant, soulevant ainsi de nombreux défis en regard de la gestion du changement qui devient un incontournable.

2.2 La Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)

À l'heure de construire les orientations pour le Programme-services Jeunes en difficulté servant de guide à l'élaboration des projets cliniques locaux, l'État québécois a mis en vigueur les modifications apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse, par l'adoption du projet de loi 125. Les objectifs poursuivis par le législateur deviennent ainsi une partie des assises sur lesquelles construire la vision des projets cliniques sur les territoires. Ces objectifs sont les suivants⁴ :

- 1) S'assurer du caractère exceptionnel de l'intervention d'autorité de l'état dans la vie des familles;
- 2) Promouvoir la participation active de l'enfant et de ses parents aux décisions et au choix des mesures;
- 3) Favoriser la continuité et la stabilité pour les enfants;
- 4) Concilier la protection des enfants et le respect de la vie privée;
- 5) Moderniser les processus judiciaires;
- 6) Baliser le recours exceptionnel à l'hébergement dans une unité d'encadrement intensif.

Ces changements, tout comme ceux déjà initiés par la Loi 25, sont une croisée des chemins, une occasion sans pareille de mobiliser les forces de tous au profit des enfants, des jeunes et des familles en difficulté sur le territoire.

2.3 La Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA)

Un autre élément du contexte législatif concerné par le Programme-services Jeunes en difficulté est la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents. Cette loi de juridiction fédérale prévoit, notamment, les dispositions relatives aux jeunes de 12 à 17 ans qui contreviennent au Code criminel. Entrée en vigueur en avril 2003, elle est donc d'application récente. Parmi ses objectifs, cette loi vise à réduire les mises sous garde pour les jeunes de 12-17 ans et à s'assurer que des mesures moins lourdes soient disponibles partout à travers le Canada.

2.4 Les dispositions du Code civil

Pour compléter, c'est dans le Code civil du Québec qu'on retrouve l'encadrement légal de l'autorité parentale et de son exercice, notion centrale lorsqu'il s'agit d'intervenir en contexte familial et concernant les enfants et les jeunes en difficulté.

3. LE PROGRAMME-SERVICES JEUNES EN DIFFICULTÉ

Bien définir le Programme-services Jeunes en difficulté est de première importance pour l'élaboration des projets cliniques. À cette fin, la présente section en définit les termes et la finalité selon les documents du ministère de la Santé et des Services sociaux, précise l'offre de service attendue des établissements

⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Principales modifications apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse (Projet de Loi No 125)*, juin 2006, 6 pages.

concernés et identifie les orientations ministérielles et régionales. Cette section aborde par la suite le continuum de services et les interfaces avec les autres programmes-services.

L'approche différenciée selon les sexes s'inscrit en toile de fond de toute la démarche de l'identification des orientations régionales pour le Programme-services Jeunes en difficulté. Des distinctions apparaîtront donc permettant de dégager des éléments pertinents pour les filles ou les garçons, selon les problématiques abordées, lorsque ces données existent ou que la recherche a suffisamment documenté ces éléments pour dégager des particularités.

3.1 La définition du programme et la finalité recherchée

Depuis 1990, plusieurs rapports⁵ ont contribué à mettre à l'avant-scène la nécessité d'assumer ensemble la responsabilité du développement des enfants, des jeunes et de leur famille et celle de leur venir en aide, le plus tôt possible, afin d'éviter que des difficultés, au départ transitoires, perdurent et affectent la capacité des enfants et des jeunes à devenir des citoyens heureux et responsables.

Le programme-services jeunes en difficulté vise précisément à regrouper les services psychosociaux destinés aux jeunes – de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte - qui présentent des problèmes de développement ou de comportement ou qui ont des difficultés d'adaptation sociale, y compris celles et ceux qui ont besoin d'une aide appropriée pour assurer leur sécurité et leur développement ou qui commettent des délits, témoins de leurs problèmes d'adaptation sociale.

C'est dans le document *L'architecture des services de santé et des services sociaux*⁶ que sont décrits les contours du programme-services, en prenant soin d'indiquer sa spécificité. Ce programme de dispensation de services psychosociaux s'adresse aux **enfants** et aux **jeunes en difficulté de 0 à 17 ans**, de même qu'à leur famille. Il se distingue des services psychosociaux des services généraux des CSSS qui sont, quant à eux, destinés à l'ensemble des enfants, des jeunes et des adultes pour une problématique de court terme. Il se distingue également des Services préventifs détaillés dans le Programme national de santé publique 2003-2012.

Cette volonté d'établir un programme spécifique pour les enfants et les familles en difficulté n'est pas étrangère à la nécessité d'assurer une continuité de service. De fait, il importe de réduire significativement les trous de services qui contribuent trop souvent à cristalliser des problèmes vu l'importance du temps dans le développement des enfants et encore davantage lorsqu'il s'agit de la reprise de leur développement. Pour autant, cela n'indique pas que tous les services aux jeunes en difficulté relèvent du Programme Jeunes en difficulté. **Par exemple, les services de santé mentale infantile font partie du Programme Santé mentale**. Les liens avec les autres programmes seront donc nécessaires, ici comme pour les autres programmes-services, et plus encore étant donné qu'il est question d'enfants et de jeunes en développement.

On peut résumer ainsi la finalité recherchée par le Programme-services Jeunes en difficulté :

« Assurer le développement, le bien-être et la sécurité des jeunes en difficulté et des jeunes à risque de le devenir en leur offrant, à eux ainsi qu'à leur famille, des services psychosociaux intégrés, coordonnés et de qualité ».⁷

⁵ On trouve une liste exhaustive de l'ensemble de ces publications au document *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, p. 47.

⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'architecture des services de santé et des services sociaux*, janvier 2004, p.17-18.

⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Les documents ministériels en appui aux projets cliniques, projet clinique jeunesse*, document de travail, mars 2006, p.26.

3.2 L'offre de service du Programme-services Jeunes en difficulté

Le Programme-services Jeunes en difficulté est constitué des **services psychosociaux** offerts par les CSSS dans les centres d'activité éducation familiale et sociale et services sociaux scolaires, de même que le volet Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité.⁸ L'offre de service concerne également l'ensemble des services offerts par les centres jeunesse⁹ en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, de la Loi sur la protection de la jeunesse, de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents et de certaines dispositions du Code civil, notamment en matière d'adoption. Par ailleurs, cette offre de service ne couvre pas les autres services offerts par les CSSS aux jeunes âgés de 0-17 ans et à leurs parents, dont les services de santé parentale et infantile, les services de santé scolaire, l'orthophonie, l'organisation communautaire, etc., et ce, conformément à la configuration des programmes-services adoptée par le ministère de la Santé et des Services sociaux¹⁰.

Dans le document intitulé *Offre de service, Programme Jeunes en difficulté*, le ministère de la Santé et des Services sociaux a précisé les objectifs généraux à atteindre par l'offre de service du Programme-services Jeunes en difficulté, de même que l'ensemble des services devant être rendus, partout sur le territoire du Québec.

Trois objectifs sont identifiés¹¹ :

- Pour les enfants et les jeunes : le développement optimal, la prévention de l'aggravation des problèmes, le traitement des problèmes, la protection des enfants et des jeunes, l'acquisition de compétences personnelles et sociales et l'intégration sociale;
- Pour les parents : le renforcement des habiletés parentales, la prévention de l'aggravation des problèmes, le traitement des problèmes et l'intégration sociale;
- Pour les communautés : le soutien dans la mise en place de conditions favorables au développement des enfants, des jeunes et des familles.

Pour chacun des services à dispenser par les centres de santé et de services sociaux et les centres jeunesse, en collaboration avec l'ensemble de leurs partenaires, organismes communautaires, réseau des centres de la petite enfance, réseau scolaire, personnel infirmier et médical, services de police, officiers de justice, etc., le document indique :

- 1) l'établissement responsable de la dispensation du service;
- 2) la description sommaire du service;
- 3) les objectifs spécifiques poursuivis;
- 4) la clientèle visée;
- 5) les normes de pratiques ayant trait à l'accessibilité, à la qualité, à la continuité, à l'efficacité et à l'efficience.

Ces services qui concernent des établissements en particulier sont les suivants :

- Volet soutien aux jeunes parents des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (CSSS, Villa Marie-Claire)¹²

⁸ En Estrie, le Programme de soutien aux jeunes parents a été rattaché au Programme intégré 0-5 ans et fait ainsi partie du Plan d'action régional de santé publique.

⁹ En Estrie, la Villa Marie-Claire assume la responsabilité de la réadaptation des mères en difficulté d'adaptation qui ont des enfants de 0-5 ans.

¹⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Offre de service, Programme Jeunes en difficulté*, document de consultation, mai 2005, p. 4.

¹¹ Ibid., p. 5.

¹² L'indication CSSS, CJE ou Villa Marie-Claire, précise que ce service est prévu exister dans chacun des établissements indiqués, selon les termes de l'offre de service du Programme Jeunes en difficulté du MSSS.

- Le suivi psychosocial (CSSS)
- Le soutien direct aux familles (CSSS)
- Les programmes d'intervention en négligence (CSSS et CJE)
- Les programmes d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu (CSSS et CJE)
- Les interventions de groupe pour des problématiques particulières (CSSS, VMC et CJE)
- Les équipes d'intervention jeunesse pour les jeunes présentant des problèmes multiples et complexes (CSSS)
- Les services rendus dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (CJE)
- Le retrait du milieu familial et le placement (CJE et CSSS)
- Les services de soutien auprès des ressources de type familial (CJE)
- Les services rendus dans le cadre de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (CJE)
- Les services de réadaptation (CSSS, CJE et VMC)
- Le Programme de qualification des jeunes de 16 à 19 ans (CJE)
- L'adoption (CJE et CSSS)
- La recherche des antécédents sociobiologiques et les retrouvailles (CJE)
- Les expertises psychosociales (CJE)
- La supervision des droits d'accès (CJE et CSSS)

Spécifions qu'en Estrie, la Villa Marie-Claire offre des services d'évaluation et de développement des compétences parentales et dispense des services de réadaptation pour les mères en difficulté d'adaptation et leurs enfants 0-5 ans.

Enfin, le document final de l'offre de service du ministère de la Santé et des Services sociaux n'ayant pas été produit, ces services sont indiqués à titre indicatif. On trouve toutefois dans les orientations ministérielles, des indications relatives aux actions les plus importantes à prendre. Plusieurs d'entre elles sont réalisées, ces orientations couvrant les années 2002 à 2007.

3.3 Les orientations ministérielles

La stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille est l'assise sur laquelle ont pris appui les actions ministérielles et l'ensemble du réseau au cours des dernières années. Cette stratégie présente trois axes pour orienter l'action.

PRÉVENIR les difficultés d'adaptation et de développement chez la clientèle à risque :

- Offrir une gamme complète et commune de services de base pour les jeunes en difficulté et leur famille,
 - 1) Consolider les services de base
 - 2) Déployer le soutien aux jeunes parents¹³

CONSOLIDER les services spécialisés :

- Offrir, sur l'ensemble du territoire, une gamme appropriée de services spécialisés,
 - 1) Préciser et définir le continuum de services spécialisés¹⁴
 - 2) Définir les orientations pour guider toute décision du retrait familial¹⁵

¹³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, Cadre de référence. 2004, 79 p.

¹⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *De la complicité à la responsabilité*, Rapport du Comité sur continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille, 2004, 93 pages.

¹⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Le retrait du milieu familial des enfants et des jeunes, Normes relatives à la pratique à l'intention des établissements et des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux*, 2005, 30 pages.

- 3) Implanter dans toutes les régions du Québec des services d'intervention de crise et de suivi intensif
 - 4) Assurer la mise en œuvre des recommandations du rapport Familles d'accueil et intervention jeunesse au regard de la mise à niveau du soutien fourni, de la valorisation des familles d'accueil et d'un meilleur arrimage centre jeunesse / famille d'accueil
 - 5) Augmenter la disponibilité des services spécialisés en santé mentale
 - 6) Assurer un meilleur arrimage des services jeunesse avec les services en déficience intellectuelle¹⁶
 - 7) Augmenter l'accessibilité aux services en toxicomanie
 - 8) Assurer la disponibilité de services et de programmes adaptés aux besoins des jeunes de 16 et 17 ans
 - 9) Assurer la disponibilité de programmes d'intégration sociale pour les jeunes de 18 ans
- Assurer une utilisation et une application plus judicieuse de la Loi sur la protection de la jeunesse,
 - 1) Réviser la Loi sur la protection de la jeunesse¹⁷
 - 2) Assurer le maintien des acquis de la Loi sur les jeunes contrevenants¹⁸
 - Assurer des services adaptés aux besoins particuliers de certaines populations,
 - 1) Émettre des lignes directrices pour établir des ententes particulières avec les communautés autochtones¹⁹
 - 2) Favoriser l'émergence de mécanismes de concertation avec les communautés culturelles

ASSURER aux jeunes et à leur famille l'accès à des services de qualité sans interruption :

- Améliorer l'accès,
 - 1) Établir un relais direct et personnalisé entre les fournisseurs de services
 - 2) Mettre en place un mécanisme de jonction de services
 - 3) Élaborer et utiliser une grille commune d'évaluation des besoins
 - 4) Identifier une voie d'accès unique aux services jeunesse
- Rehausser la qualité des services et des interventions cliniques,
 - 1) Renforcer la supervision professionnelle
 - 2) Implanter le Programme national de formation (PNF)
 - 3) Assurer le déploiement de systèmes d'information intégrés
 - 4) Soutenir l'utilisation systématique des plans d'intervention
 - 5) Adopter une utilisation commune, systématique et rigoureuse d'outils cliniques validés, standardisés et informatisés
 - 6) Poursuivre l'application de programmes rigoureux
- Valoriser le travail des intervenants,
 - 1) Réaliser une campagne de promotion sur l'intervention psychosociale et de réadaptation
 - 2) Favoriser le développement de la recherche sur l'évaluation des pratiques et des approches gagnantes en jeunesse

¹⁶ Association des centres jeunesse du Québec et Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle, *Cadre de référence à l'élaboration d'ententes pour un meilleur partage de responsabilités CJ – CRDI, 2005.*

¹⁷ Loi 125 adoptée en juin 2006 et entrée en vigueur le 7 juillet 2007.

¹⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'application de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents dans les centres jeunesse (2004), manuel de référence, 2004.*

¹⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Lignes directrices permettant d'établir un régime particulier de protection de la jeunesse pour les autochtones, Québec, 2004.*

- Assurer une plus grande continuité de l'intervention,
 - 1) Implanter le concept d'équipe d'intervention jeunesse
 - 2) Poursuivre le déploiement de l'entente de collaboration entre les CLSC et les centres jeunesse²⁰
 - 3) Implanter et soutenir l'entente CLSC/CPE²¹
 - 4) Réviser les ententes de complémentarité existant entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux.²²

Il importe également de consulter *Le plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*²³ pour identifier l'orientation et les cibles générales retenues pour les jeunes en difficulté. L'orientation retenue est **d'intervenir de façon précoce, intensive et en continuité, le plus près possible des milieux de vie, afin de prévenir l'aggravation et la récurrence des problèmes d'adaptation sociale des jeunes et des familles.**

Pour y arriver, des cibles sont identifiées.

Promotion et prévention

- Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

Services de première ligne

- Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux :
 - a) Desservir les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans;
 - b) Accroître le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne sept interventions par année, par usager.

Services de deuxième ligne

En vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA) :

- Assurer l'accès des services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA :
 - a) Dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu;
 - b) Dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse;
 - c) Dans un délai moyen de 14 jours calendrier entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA.

²⁰ Association des centres jeunesse du Québec et Association des CLSC et des CHSLD du Québec, *Service à la jeunesse – CLSC et Centres jeunesse – Des établissements qui s'appuient pour les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille*, Montréal, 1998, 20 pages.

²¹ Gouvernement du Québec, *Protocole CLSC – CPE, Guide d'implantation, entente-cadre et protocole-type*, mars 2002.

²² Ministère de l'Éducation, *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes*, Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, Québec, 2003, 40 pages.

²³ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2005, 47 pages.

3.4 Les orientations régionales

Le modèle d'organisation de services pour les jeunes en difficulté retenu par la Régie régionale de l'Estrie²⁴, en 2001, met de l'avant, quant à lui, des orientations axées sur :

- La concertation structurée, respectueuse du mandat des établissements et soucieuse d'assurer des continuums de services qui évitent les dédoublements;
- La coordination de l'accès, notamment par l'utilisation de critères et d'outils communs pour l'évaluation et l'orientation des enfants et des parents, le suivi des PI, PSI, la gestion des admissions et des inscriptions, etc.;
- L'amélioration de la qualité des services;
- Le financement du réseau;
- Le suivi de l'implantation, du fonctionnement et de la performance du réseau.

De plus, le Projet d'ajustement au modèle d'organisation des services aux jeunes en difficulté d'adaptation²⁵, élaboré en partenariat avec le Réseau de l'éducation de l'Estrie, établit un modèle et un processus d'accès et de dispensation des services auprès des enfants et des adolescents en troubles du comportement, de même que les rôles et responsabilités respectifs.

3.5 Le continuum de services

De la promotion/prévention à l'intervention spécialisée portant sur certaines problématiques (abus sexuel, mauvais traitements physiques, négligence, troubles de comportement, mauvais traitements psychologiques), toute une gamme de services, adaptée à chacune des situations, est requise pour faire une différence auprès des enfants, des jeunes et de leur famille.

3.5.1 Les activités de santé publique

Le Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012 détermine et priorise des orientations reliées au domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale des enfants et des jeunes. Les activités de promotion et de prévention de la santé et du bien-être issues de ces priorités contribuent de façon importante à l'organisation des services aux jeunes et s'inscrivent au début du continuum de services pour les jeunes en difficulté.

L'intervention précoce constitue une suite logique aux activités de promotion de la santé et du bien-être et de la prévention dans le continuum de services. Elle précède l'intervention de nature curative et s'adresse à des individus qui présentent un niveau élevé de risque en lien avec un problème spécifique ou encore qui présentent des manifestations ou symptômes précurseurs de troubles plus sévères sans toutefois rencontrer les critères diagnostiques. Dans leur cas, une intervention précoce évitera l'aggravation ou la cristallisation des problèmes.

²⁴ Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Modèle d'organisation de services pour les jeunes en difficulté*, mai 2001, 69 p.

²⁵ Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Projet d'ajustement au modèle d'organisation des services aux jeunes en difficulté d'adaptation*, Réseau de la santé et des services sociaux et Réseau de l'éducation de l'Estrie, novembre 2001, 32 p.

3.5.2 L'intervention des services généraux des CSSS

L'intervention des services psychosociaux généraux repose sur une vision multidimensionnelle du fonctionnement humain qui permet de tenir compte de la personne, du problème soulevé, de l'évènement stressant ou de la crise de transition, de même que du contexte dans lequel cela se présente. Les services psychosociaux généraux comportent des services d'accueil, d'évaluation, d'orientation et d'intervention psychosociale brève. Des démarches sont également en cours, aux plans national et régional afin d'implanter Info-Social incluant des services d'intervention téléphonique, notamment en situation de crise.

Les services psychosociaux généraux à court terme pour la clientèle des enfants concernent des difficultés qui nécessitent une intervention ponctuelle d'aide et de soutien. Ces difficultés peuvent être liées à des problèmes d'encadrement parental, à des inquiétudes sur le développement de l'enfant, à l'entrée à l'école, etc. Certains jeunes, quant à eux, auront besoin d'appui pour vivre cette transition de l'enfance à la vie de jeune adulte. Outre les questionnements inhérents à leur développement physique, sexuel, relationnel, ils pourront vivre divers problèmes découlant de situations de violence, de problèmes dans les relations amoureuses, de relations difficiles avec leurs parents. Ils consulteront eux-mêmes, ou leurs parents le feront, pour trouver les appuis nécessaires afin de trouver ou retrouver un équilibre²⁶.

3.5.3 L'intervention des services spécifiques des CSSS

Lorsque des difficultés vécues par les enfants, les jeunes et leurs parents présentent un degré d'intensité requérant une aide à plus long terme, les services spécifiques des centres de santé et de services sociaux sont mis à contribution. Ceux-ci prennent également le relais des services spécialisés, notamment lorsque l'enfant n'est plus en besoin de protection mais que sa situation nécessite de continuer à recevoir de l'aide. Ces services spécifiques sont donc des services de moyen et long terme.

3.5.4 L'intervention des services spécialisés du CJE et de laVMC

Le Centre jeunesse assume l'évaluation des situations et dispense les services psychosociaux et de réadaptation spécialisés requis par les enfants, les adolescents et adolescentes, lorsque leur état le justifie, selon les termes de la Loi sur la protection de la jeunesse. La Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents ou d'autres dimensions spécifiques de sa mission; les expertises psychosociales à la Cour supérieure, l'adoption, les services de recherche d'antécédents et de retrouvailles, etc.

La Villa Marie-Claire, quant à elle, assume des services spécialisés d'évaluation et de développement des compétences parentales et dispense les services de réadaptation pour les mères en difficulté d'adaptation et leurs enfants 0-5 ans.

3.5.5 Les interventions de soutien : les actions des autres programmes-services et les actions des partenaires

Le continuum de services ne serait pas complet sans la dispensation des services spécifiques et spécialisés de tous les autres programmes-services prévus à l'architecture du réseau de la santé et des services sociaux et sans la participation active de l'ensemble de nos partenaires communautaires, scolaires, et du réseau de la petite enfance.

Soulignons également l'appui des services policiers et des officiers de justice dans le cadre de leurs mandats respectifs.

²⁶ Voir ministère de la Santé et des Services sociaux, *Offre de service, Services psychosociaux généraux 2007-2012*, document de consultation, version du 14 décembre 2006.

3.6 Les interfaces avec les autres programmes-services

3.6.1 Programme Santé publique

Le Programme national de santé publique 2003-2012 précise un ensemble d'orientations visant à soutenir le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des enfants 0-5 ans, 6-11 ans et 12-17 ans et leurs parents; il vise aussi à prévenir l'apparition de problèmes d'adaptation sociale. Le plan d'action régional en santé publique (PAR) 2004-2007 identifie l'ensemble des interventions de prévention et de promotion de la santé et du bien-être priorisées en Estrie de même que les objectifs visés par ces interventions.

3.6.2 Programmes Services généraux

Voie d'accès aux services spécifiques Jeunes en difficulté, les services généraux, de par leur fonction d'accueil, d'information, d'accompagnement et de référence personnalisée, sont bien placés pour mettre en place des relais directs et personnalisés entre chaque établissement concerné par le Programme-services Jeunes en difficulté et pour établir des protocoles de liaison et d'orientation avec les services pertinents.

Les services généraux sont également des acteurs clefs pour soutenir les équipes travaillant dans le Programme-services Jeunes en difficulté par un réseau médico-légal structuré pour la protection de l'enfance.

En contrepartie, les intervenants du Programme-services Jeunes en difficulté œuvrant au CSSS, au Centre jeunesse ou à la Villa Marie-Claire peuvent appuyer les intervenants des services généraux au chapitre du repérage et de la détection des enfants, des jeunes et des mères d'enfants 0-5 ans en difficulté d'adaptation.

Des liens étroits sont essentiels entre ces deux programmes afin d'assurer la continuité de l'intervention lorsque nécessaire, l'intervention court terme pouvant ne pas être suffisante ou ayant permis d'identifier d'autres difficultés, importantes, dont le traitement requiert une intervention à moyen ou long terme.

Les **orientations régionales** portant sur le Programme-services Services généraux adoptées par le conseil d'administration de l'Agence de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux, ne font pas explicitement référence au Programme-services Jeunes en difficulté. Une orientation est toutefois susceptible d'avoir des impacts pour la clientèle des enfants, des jeunes en difficulté et leur famille :

- « La mise en place d'un panier minimal commun des activités cliniques et d'aide sur tout le territoire de l'Estrie »²⁷.

3.6.3 Programme-services Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

L'arrimage des services du Programme-services Jeunes en difficulté avec les services du Programme déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement est de première importance pour les jeunes et les familles concernées. Un mécanisme de jonction de services doit permettre la liaison et l'orientation des jeunes entre les services de base et les services spécialisés.

Parmi les objectifs identifiés au Plan stratégique 2005-2010, notons les suivants qui nécessitent des actions concertées :

- Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement, en augmentant le nombre d'enfants desservis.

²⁷ Agence de la Santé et des Services sociaux de l'Estrie, *Programme-services Services généraux, Estrie 2007-2010*, 2005 p. 35.

- Améliorer l'accès, avec l'intensité requise et selon l'évaluation des besoins, à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement, en augmentant le nombre de jeunes desservis, âgés de 6 à 21 ans.

Les **orientations régionales** adoptées le 27 février 2007 par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie font pour leur part référence au Programme-services Jeunes en difficulté.

« Ce programme a une interface avec les services en déficience intellectuelle-troubles envahissants du développement destinés aux jeunes de moins de 18 ans. En particulier, les situations de négligence et, pour certains, l'orientation dans un milieu de vie substitut adapté où pourraient être interpellées, notamment, les équipes d'intervention jeunesse lors de situations problématiques »²⁸.

Ces enjeux d'ordre clinique et organisationnel concernant le Programme-services Jeunes en difficulté sont également identifiés :

Poursuivre la mise en réseau, au plan local, de services intégrés de 1^{re} et 2^e lignes en santé et services sociaux (intervenants dédiés, programmations spécifiques, liaison organisée, trajectoires de services, programmation et outils cliniques communs, entente de services avec les partenaires scolaires). Arrimage avec l'équipe d'intervention jeunesse des territoires où elle est implantée, donc avec les partenaires auprès des jeunes qui peuvent présenter de multiples problématiques dont une DI et une TED²⁹.

3.6.4 Programme-services Dépendances

L'arrimage des services aux jeunes en difficulté avec les services en dépendance est de première importance pour les jeunes et les familles, en particulier l'accessibilité identifiée par la *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, objectif confirmé dans le *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Un mécanisme de jonction de service doit permettre la liaison et l'orientation entre les services de base et les services spécialisés et entre les services spécialisés. L'utilisation d'un outil clinique convenu régionalement est à souligner comme facilitant les arrimages (DEP-ADO).

Les **orientations régionales** portant sur ce programme-services donnent également des indications relatives au Programme-services Jeunes en difficulté.

Concernant l'interface avec ce programme :

« Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec;
Améliorer progressivement l'accessibilité des services spécialisés en toxicomanie pour les jeunes de 12 à 17 ans »³⁰.

Concernant les orientations proprement dites :

« Bonifier l'offre de service spécialisé adapté aux besoins de clientèles particulières (femmes avec enfants, personnes avec problèmes de santé mentale, jeunes en difficulté, etc.) ».³¹

²⁸ Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Programme-services Déficience intellectuelle-troubles envahissants du développement, Estrie 2007-2010*, p.11

²⁹ Idem p. 24.

³⁰ Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Programme-services Dépendances, Estrie 2006-2010*, p. 12.

³¹ Idem, p. 31.

3.6.5 Programme-services Santé mentale

La nécessité d'augmenter graduellement la disponibilité des services en santé mentale a été indiquée dans la *Stratégie pour les jeunes en difficulté et leur famille*. De même, l'ont été l'arrimage nécessaire des services aux jeunes en difficulté avec les services du Programme Santé mentale et la nécessité d'un mécanisme de jonction de services permettant la liaison et l'orientation entre les services de base et les services spécialisés.

Par ailleurs, plusieurs objectifs du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010-La force de liens*³² nécessitent que des actions se réalisent en concertation avec le Programme-services Jeunes en difficulté.

- Dans le volet évaluation et traitement des troubles mentaux dans les services de 1^{re} ligne, améliorer les liens des équipes de 1^{re} ligne ou de 2^e ligne avec les équipes des centres jeunesse sera une priorité.
- Mettre en place des équipes de deuxième niveau avec expertise en santé mentale pour les jeunes qui ont des troubles mentaux et qui sont sous la responsabilité des centres jeunesse et assurer l'arrimage de ces équipes avec les services hiérarchisés en santé mentale.
- Respecter les cibles nationales pour l'accessibilité aux services spécialisés de pédopsychiatrie.

Plus particulièrement au plan régional, les objectifs qui nécessitent des interfaces sont :

- S'assurer d'achever, en priorité, la mise en place d'équipes de deuxième niveau dans les centres jeunesse de tout le Québec.
- Faire l'analyse des services résidentiels utilisés en centres jeunesse par des jeunes ayant un trouble mental, selon des modalités standardisées convenues avec le MSSS.

Au plan local, les objectifs qui nécessitent des interfaces sont :

- Offrir un guichet d'accès aux services de traitement de 1^{re} et de 2^e lignes.
- Mettre sur pied une équipe de traitement de 1^{re} ligne pour les enfants et les jeunes ayant un trouble mental.

Les orientations régionales du Programme-services Santé mentale, adoptées par le conseil d'administration de l'Agence de l'Estrie, précisent certains éléments en lien avec le Programme-services Jeunes en difficulté.

Concernant l'interface avec le Programme-services Jeunes en difficulté :

« Ce programme a une interface importante avec les services de santé mentale destinés aux moins de 18 ans. En particulier, la question des liens entre les centres jeunesse et les services de santé mentale fait l'objet de recommandations spécifiques de la part du *Plan d'action en santé mentale* (p. 33) qui propose la création d'équipes « de deuxième niveau avec expertise en santé mentale » au sein même des centres jeunesse (p. 39). Ces équipes doivent être bien arrimées avec les services de 1^{re} et de 2^e lignes en santé mentale ».³³

Concernant la santé mentale jeunesse, les éléments suivants sont identifiés dans la section portant sur les éléments d'ordre clinique et organisationnel à considérer dans l'organisation des services de santé mentale :

- Poursuivre la mise en réseaux locaux de services intégrés en santé mentale jeunesse (intervenants dédiés, programmations spécifiques, liaison organisée, guichet d'accès en 1^{re} ligne et trajectoires de

³² Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan d'action en santé mentale 2005-2010-La force de liens*, Québec, 2005, 96 pages.

³³ Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Programme-services Santé mentale, Estrie 2006-2010, décembre 2006, p.17

services, formations croisées, programmation et outils cliniques communs, ententes de service avec partenaires scolaires et omnipraticiens du territoire...);

- Poursuivre l'implantation de la consultation-liaison et du support aux équipes de 1^{re} ligne par l'équipe spécialisée (pédopsychiatrie et pédiatrie), en adaptant les modalités de déploiement pour tenir compte des ressources disponibles;
- Organiser la transition des services de SM jeunesse au réseau SM adulte pour chaque jeune qui le requiert;
- Mettre en place l'équipe de 1^{re} ligne interdisciplinaire dédiée en santé mentale jeunesse, reliée étroitement aux omnipraticiens du territoire et aux services spécialisés, peu importe le mode d'organisation qui sera convenu localement. Ce niveau de services est responsable du guichet d'accès aux services spécifiques et spécialisés de SM jeunesse;
- Arrimer solidement ce réseau « spécifique » avec l'équipe d'intervention jeunesse des territoires, donc avec les partenaires naturels auprès des jeunes, qui peuvent présenter de multiples problématiques;
- Adapter l'offre de service SM aux clientèles desservies par les centres de réadaptation jeunesse. Les arrimages avec la 2^e ligne sont déjà bien réalisés au CJE, à partir du protocole CONCERTO. Reste à implanter une programmation des services de SM à l'ensemble des clientèles hébergées (CJE et VMC) et à consolider les liaisons avec la 1^{re} ligne en SM : CSSS, organismes communautaires et omnipraticiens des territoires.³⁴

Enfin, dans la partie portant sur les orientations, on souligne une interface importante entre le Programme-services Santé mentale et le Programme-services Jeunes en difficulté :

« Offre de service adaptée aux clientèles jeunes en difficulté qui présentent un trouble mental modéré ou grave :

- Expertise (équipe) de deuxième niveau, bien arrimée aux services médicaux et de santé mentale de 1^{re} et de 2^e lignes;
- Programmation adaptée aux clientèles hébergées qui présentent un trouble mental. »³⁵

3.6.6 Programme-services Santé physique

Des interfaces sont à développer entre le Programme-services Jeunes en difficulté et le Programme-services Santé physique, particulièrement au niveau de l'implantation des lignes directrices sur les équipes médicosociales en protection de l'enfance. Ces lignes directrices visent à :

Mettre en place, dans chaque région une ou des équipes médicosociales en protection de l'enfance reliées entre elles pour former un réseau dont le mandat est :

- De s'assurer que les services médicaux requis par les enfants, présumés victimes d'abus ou de négligence, leur soient dispensés, dans les conditions requises par leur état;
- D'assurer au DPJ de la région et à son personnel l'accès aux services médicaux experts en maltraitance, pouvant l'appuyer dans l'établissement et l'interprétation des faits relativement à la situation de maltraitance de même que dans l'orientation à donner au dossier;
- D'assurer aux médecins experts de la région l'accès aux leviers du DPJ dans les situations d'enfants présumés maltraités;
- D'appuyer les intervenants de la première ligne (médicale et sociale) dans la détection, l'analyse et le traitement des situations.

3.6.7 Programme-services Déficience physique

Les documents ministériels en appui aux projets cliniques ne font pas référence au Programme-services Déficience physique avec les autres programmes.

³⁴ Idem, p. 37.

³⁵ Idem, p. 49.

Les **orientations régionales 2007-2010** concernant le Programme-services Déficience physique abordent des considérations concernant le Programme-services Jeunes en difficulté.

Concernant l'interface avec le Programme-services Jeunes en difficulté :

« Ce programme a une interface avec les services de déficience physique destinés aux jeunes handicapés de moins de 18 ans, notamment dans des cas de situations de négligence et, pour certains, lorsqu'une orientation dans un milieu de vie substitut adapté s'avère souhaitable ». ³⁶

Des enjeux cliniques et organisationnels concernant l'interface des deux programmes-services sont également identifiés :

« Poursuivre la mise en réseau, au plan local des services intégrés de 1^{re} et 2^e lignes en santé et services sociaux (intervenants dédiés, programmations spécifiques, liaison organisée, trajectoires de services, programmation et outils cliniques communs, ententes de services avec les partenaires scolaires). Arrimage avec l'équipe d'intervention jeunesse des territoires où elle est implantée, donc avec les partenaires auprès des jeunes qui peuvent présenter de multiples problématiques dont une DI ou TED ». ³⁷

En conclusion, l'ensemble des éléments pertinents au Programme-services Jeunes en difficulté permet d'apprécier la cohérence des orientations, l'ampleur des actions déjà accomplies et la nature des défis à relever.

3.7 Autres considérations pour l'organisation du réseau de services aux jeunes en difficulté

Les enfants, les adolescentes et les adolescents en difficulté d'adaptation psychosociale, sont au cœur de la mission confiée au Programme-services Jeunes en difficulté. Outre les aspects déjà abordés, d'autres éléments permettent de mieux cerner les défis à relever face à l'organisation du réseau de services pour cette clientèle. Ces autres considérations sont :

- 1) Comme les problèmes psychosociaux sont les conséquences de l'interaction de multiples facteurs qui influencent le développement des enfants (facteurs personnels, économiques, familiaux, sociaux), cela a deux conséquences immédiates pour l'action :
 - Le maintien d'une vision exhaustive de la réalité des enfants et des adolescentes et des adolescents en toute circonstance, même dans le cadre d'interventions spécifiques.
 - L'établissement d'arrimages fluides avec les autres programmes-services.
- 2) Comme les enfants et les adolescents sont en développement, qu'ils accomplissent les tâches inhérentes à leur croissance avec le soutien de leurs parents et d'autres adultes de leur entourage et que chaque étape de leur développement s'appuie sur les acquis des étapes antérieures, cela a comme implication pour l'action :
 - Quelle que soit l'intervention, il est primordial d'utiliser une grille de lecture commune qui permette de cerner le développement d'un enfant, d'une adolescente ou d'un adolescent, de mettre en lumière les difficultés non résolues qui en entraîneront d'autres ayant toutes les chances d'être

³⁶ Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Programme-services déficience physique Estrie 2007-2010*, adopté par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, le 27 février 2007, p. 14.

³⁷ Idem, p. 34.

plus graves encore. La continuité des interventions et des relations doit être recherchée, les problèmes psychosociaux impliquant des perturbations des liens.

- 3) Comme les enfants, les adolescentes et les adolescents sont en développement, il est difficile de distinguer ce qui est une difficulté inhérente au développement normal, ce qui est un trouble en voie de structuration ou d'identifier un diagnostic formel. La prudence s'impose donc avec comme corollaires :
 - Le maintien de tous les espoirs à l'égard des enfants et des jeunes, même si leurs parents vivent des difficultés face à leur rôle parental et qu'il est normal que ces derniers aient besoin d'aide pour assumer ce rôle;
 - Une intervention interdisciplinaire aidant à mettre en perspective des problématiques vécues, les forces en action et à identifier les actions les plus susceptibles d'influencer le cours d'une trajectoire encore ouverte.
- 4) Comme les enfants n'ont pas l'autonomie nécessaire pour demander formellement de l'aide et que pour un parent, demander de l'aide équivaut trop souvent, et ce, pour toutes sortes de raisons, à un constat d'échec,
 - Une intervention la plus précoce possible, intervention passant souvent par le fait de valoriser et d'aider le parent.
 - Le souci constant des enfants de tout adulte/parent qui consulte pour lui-même.

Partager sur les caractéristiques de la réalité des enfants, des adolescentes, des adolescents et de leurs parents, renforce les éléments dont il importe de tenir compte pour rencontrer les grands enjeux du Programme-services Jeunes en difficulté :

- Adopter une vision écosystémique de la situation d'un enfant ou d'un jeune afin d'intervenir pour répondre adéquatement à ses besoins.
- Bien cerner les contours du Programme-services Jeunes en difficulté dans le continuum de services aux jeunes en difficulté, de manière à utiliser le plus efficacement possible les ressources consenties à ce programme.
- Assurer les arrimages avec l'ensemble des programmes-services pertinents avec le souci d'actions les mieux intégrées, coordonnées et continues possibles.

4. ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL DU PROGRAMME-SERVICES JEUNES EN DIFFICULTÉ

Plusieurs éléments permettent d'apprécier l'état de situation dans notre région concernant les problématiques vécues par les jeunes en difficulté et les services qui leur sont rendus. Chaque fois que cela est possible, les données seront présentées selon les sexes et les âges en ce qui concerne :

- Les données démographiques;
- Les problématiques concernées, définitions;
- Les données sociosanitaires, incluant des données relatives à certains facteurs de risque;
- La description de l'offre de service du Programme-services Jeunes en difficulté et la contribution de nos partenaires;
- Les données d'utilisation de services des CSSS, du CJE et de la Villa Marie-Claire et celles de nos partenaires.

Des données complémentaires se retrouvent également en annexe pour les volets démographiques et sociosanitaires.

Enfin, pour compléter l'état de situation régional sur le Programme-services Jeunes en difficulté, les ressources financières du programme seront présentées, de même que les constats généraux qui se dégagent de l'analyse.

4.1 Les données démographiques

- En Estrie, la population des jeunes 0-17 ans pour l'année 2007 est estimée³⁸ à 60 328 personnes. Les garçons (51 %) sont légèrement plus nombreux que les filles (49 %).
- Les enfants de 0-5 ans représentent 29 %, les 6-11 ans 32 % et enfin les 12-17 ans 39 % de la population des jeunes, proportions semblables à celles que l'on retrouve pour le Québec.
- En 2010, la population estimée des jeunes 0-17 ans sera de 56 111, soit une diminution de 7 % pour l'Estrie comparativement à la diminution anticipée pour le Québec de 8 %.
- Les taux de fécondité ont diminué entre 1989 et 2004 au Québec, passant de 5,73/1000 à 3,49. Durant la même période, les taux pour l'Estrie sont passés de 6,69/1000 à 4,36.
- Les taux de fécondité des adolescentes (période 2002-2004) sont respectivement de 4,36/1000 pour les 14-17 ans et de 29,32 pour les 18-19 ans, comparativement au Québec où les taux sont de 3,49/1000 pour les 14-17 ans et de 21,31/1000 pour les 18-19 ans.
- Les taux d'interruptions volontaires de grossesses sont respectivement en Estrie de 11,7 pour 1000 pour les 14-17 ans et de 33,2 pour les 18-19 ans. C'est la région de Sherbrooke qui présente les plus hauts taux pour les deux groupes d'âge et celle du Granit les taux les plus bas.
- En 2003, au Québec, la proportion d'interruptions volontaires de grossesses par rapport aux naissances est parmi les plus élevées des pays industrialisés (39,8 %) comparativement à 31 % pour le Canada et 24,5 % pour les États-Unis.
- En 2001, la population anglophone représente 5,9 % de la population estrienne. Répartie partout sur le territoire, c'est dans la région de Memphrémagog qu'elle représente la plus forte proportion de la population avec 17,8 %.
- En 2001, 9 965 immigrants vivent en Estrie (706 965 au Québec). 1 245 ont moins de 15 ans (47 670 au Québec). La majorité des immigrants résident sur le territoire de Sherbrooke, soit 6 300 immigrants dont 960 ont moins de 15 ans.

4.2 L'indice de défavorisation sociale et matérielle³⁹

L'indice dit « de Pampalon » a été développé par le gouvernement du Québec. Il présente les proportions de personnes vivant dans des aires de diffusion où la moyenne des indicateurs les situe sous le seuil correspondant au quintile de défavorisation pour l'ensemble du Québec. Il ne s'agit donc pas du pourcentage de personnes défavorisées.

- Alors que les proportions de personnes sous les seuils de défavorisation au Québec sont fixées à 20 %, l'Estrie se situe à 20 % pour la défavorisation sociale et à 15,6 % pour la défavorisation matérielle.
- La Ville de Sherbrooke présente, et de loin, le taux le plus haut de défavorisation sociale avec 33,1 %. En comparaison, toutes les MRC se situent en dessous de 15 % et la MRC du Haut-Saint-François, avec ses 0,8 % est de loin la plus favorisée.
- Au plan de la défavorisation matérielle, c'est la MRC du Haut-Saint-François qui se distingue avec son taux de 38,8 % et la MRC du Granit qui suit de près avec 36,6 %. La MRC du Val-Saint-François, avec son taux de 7,8 % et la Ville de Sherbrooke située à 9,8 % se distinguent en présentant les plus bas taux.

³⁸ Estimation faite à partir des données du recensement de 2001.

³⁹ Pampalon, R. Hamel, D. et Raymond, G. *Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec*. Mise à jour 2001. Institut national de santé publique du Québec, 2004.

4.3 Les principales problématiques concernées : définitions

Le Programme-services Jeunes en difficulté portant essentiellement sur **les services de nature psychosociale à offrir aux enfants, aux jeunes et à leurs parents**, c'est sous l'angle des difficultés d'adaptation et de la maltraitance que les problématiques concernées sont abordées.

La définition donnée aux problématiques varie selon les contextes. En effet, les termes varient selon qu'il s'agit d'une recherche et de la nature de la recherche, d'un libellé au Code criminel ou encore d'une loi visant à assurer spécifiquement la protection des enfants. Les définitions retenues ici s'inscrivent dans la perspective de l'offre de service psychosocial et tendent à refléter les définitions généralement convenues dans la pratique du réseau de la santé et des services sociaux.

Les difficultés d'adaptation psychosociale des enfants et des adolescentes et des adolescents se manifestent par des difficultés de comportement plus ou moins structurées. Dans la petite enfance, c'est surtout à travers les retards de développement que l'on pourra constater des difficultés et, pour une part des enfants concernés, constater que des facteurs psychosociaux sont en cause ou encore détecter des indices de maltraitance qu'il faudra alors investiguer sans délai.

4.3.1 Les retards de développement

Le retard de développement est défini comme un délai complètement ou partiellement réversible à accéder à un stade de développement social, langagier, psychomoteur et/ou intellectuel normalement atteint par les enfants d'un âge ou d'une culture donnée. Le retard de développement est abordé dans le Programme-services Jeunes en difficulté en ce qu'il peut témoigner de difficultés psychosociales ou en générer. Il importe donc de vérifier si ces retards ne sont pas reliés à une déficience physique, à une déficience intellectuelle, à un trouble envahissant du développement ou à un problème de santé mentale.

4.3.2 La maltraitance

4.3.2.1 L'abus physique

Les abus physiques sont des « gestes posés qui provoquent des sévices corporels ou des traumatismes qui peuvent avoir des conséquences sérieuses sur la santé, le développement ou la vie de l'enfant. Les gestes dépassent la mesure raisonnable soit par la force, soit par la répétition ». ⁴⁰

4.3.2.2 L'abus sexuel

L'abus sexuel est un geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée quant à l'âge et au niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescente ou de l'adolescent, portant ainsi atteinte à son intégrité corporelle ou psychique, alors que l'abuseur a un lien de consanguinité avec la victime ou qu'il est en position de responsabilité, d'autorité ou de domination avec elle.

4.3.2.3 Les mauvais traitements psychologiques

Les mauvais traitements psychologiques font référence à tout acte, commis ou omis, jugé selon les standards de la communauté et de l'expertise professionnelle, comme étant psychologiquement dommageable. Ces actes sont commis, individuellement ou collectivement, par des personnes dont la position de pouvoir (due à l'âge, au statut, aux connaissances ou à la fonction) rend l'enfant vulnérable. Ces actes peuvent nuire immédiatement ou ultérieurement au fonctionnement cognitif, comportemental, affectif ou physique de l'enfant. ⁴¹

⁴⁰ Bouchard, C., Gagné, M.H. (2000). *Validation sociale du construit « Violence psychologique » dans le cas des enfants maltraités*, Revue canadienne et service social, vol.17, n° 2, pp. 225-244.

⁴¹ Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, *Les mauvais traitements physiques et psychologiques envers les enfants, bilan des connaissances*, 2005, p. 5; définition de l'International Conference on Psychological Abuse of Children and Youth.

4.3.2.4 La négligence

La négligence se définit avant tout comme une défaillance importante dans l'application de normes sociales minimales de soins et d'éducation des enfants.⁴²

C'est l'échec, souvent chronique, des réponses aux divers besoins de l'enfant sur les plans de la santé, de la sécurité, de la surveillance, de la protection, de l'éducation, de la stimulation intellectuelle, de l'hygiène, de l'habillement, de l'alimentation.

4.3.2.5 L'abandon

Le terme abandon renvoie au fait que des parents n'assument pas, de fait, le soin, l'entretien ou l'éducation de leur enfant et que ces responsabilités ne sont pas assumées, compte tenu des besoins de l'enfant, par une autre personne.

4.3.3 Les troubles de comportement

Les troubles de comportement peuvent être envisagés au sens large ou descriptif. Au sens large, ils réfèrent alors à un « ensemble de comportements perturbateurs qu'une majorité d'enfants et d'adolescents manifestent à divers degrés en cours de développement comme, parmi d'autres, la désobéissance répétée, la provocation, le vol, le mensonge et l'agressivité verbale et physique »⁴³.

Ils peuvent également être envisagés dans un sens plus étroit, le sens diagnostique ou clinique; ils réfèrent alors à des troubles précis qui présupposent la présence d'un certain nombre de comportements perturbateurs relativement bien définis et qui ne peuvent être diagnostiqués que si certains critères sont remplis (âge, durée des symptômes, etc.). On distingue généralement deux troubles spécifiques : le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites.

Le trouble oppositionnel se caractérise par des comportements de transgression, d'opposition et de provocation qui conduisent régulièrement à des conflits marqués avec l'entourage (parents surtout, mais aussi fratrie, enseignants, camarades).

Le trouble des conduites recouvre, quant à lui, l'ensemble de ces comportements, mais s'y ajoute la violation répétée des droits fondamentaux d'autrui et des normes sociales.»⁴⁴

Les troubles de comportement peuvent témoigner d'autres difficultés non décelées comme une déficience ou un trouble envahissant du développement. Il importe, en cas de doute, de vérifier cette hypothèse.

4.3.4 La délinquance

Bien que les comportements délinquants renvoient à des troubles de comportement, le terme délinquance désigne la conduite des jeunes qui commettent des délits sanctionnés par des lois, notamment et principalement par le Code criminel. On distingue trois types de délinquance : la délinquance commune, la délinquance transitoire et la délinquance persistante.

4.4 Les principales données sociosanitaires relatives aux problématiques Jeunes en difficulté

⁴² N. Trocmé, B. Fallon *et al.*, *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*, Ottawa, Travaux publics et services gouvernementaux du Canada, p. 39-41.

⁴³ Vitaro, F. et Gagnon, C., *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*, Presses de l'Université du Québec, Tome II p. 224.

⁴⁴ *Idem* p. 224-225.

La recherche sociale, bien qu'elle se soit développée au cours des cinquante dernières années n'en est encore qu'à ses débuts. Les données relatives à la prévalence et à l'incidence des problématiques sont donc limitées, sans compter que les définitions varient, rendant difficiles les comparaisons. Par ailleurs, lorsqu'elles existent, ces données ne sont pas nécessairement québécoises ou ne font pas l'objet de mise à jour systématique. La littérature scientifique québécoise, à défaut de taux d'incidence et de prévalence, fait généralement référence au nombre de situations portées à l'attention des directeurs de la protection de la jeunesse, au cours des ans, comme étant un indicateur permettant d'aborder l'ampleur des phénomènes. Il faut alors garder en tête que ces taux ne représentent que la pointe de l'iceberg, plusieurs situations demeurant non signalées et une situation signalée sur quatre seulement donnant ouverture à une prise en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ils présentent toutefois l'avantage de permettre de mettre en relief les taux québécois et estrien et de pouvoir apprécier les tendances en ce qui concerne une population clinique.

En l'occurrence, la tendance est généralement à la baisse pour l'ensemble des problématiques pouvant être vécues par les jeunes en difficulté, sauf en ce qui concerne l'abandon (très petit nombre-difficulté d'interprétation) et en ce qui concerne les abus physiques. Cette tendance à la baisse n'est pas non plus étrangère au fait que l'Estrie se situe parmi les régions les moins défavorisées aux plans social et matériel. Il faut cependant savoir que concernant les abus physiques, les connaissances, les pratiques et la collaboration médicosociale ont évolué considérablement au cours des dernières années, ce qui peut expliquer la légère hausse des situations fondées en protection de la jeunesse.

Incidence, prévalence, différenciation selon l'âge et le sexe et tendance observée pour les problématiques principales chez les jeunes en difficulté

Problématiques	Incidence LPJ (nouvelles prises en charge)		Prévalence	Différences selon sexes Les taux pour mille sont les situations fondées LPJ (EIQ 2002)		Différence selon l'âge Signalements reçus (EIQ)			Tendance observée sur 5 ans		Nombre estimé d'enfants concernés en Estrie	
	Estrie	Qc		Garçons	filles	0-5	6-11	12-17	Estrie	Québec	Incidence PJ Fondé/pris en charge	Prévalence
Retards de développement			15 %									2,673
Retard cognitif			20 %									3,564
Retard langagier			15 %									2,673
Retard langagier sévère			5 %									891
Mauvais traitements psychologiques			0.2 à 3			4,9	4,6	3,7				12-181
Agression psychologique répétée (3 fois ou plus)			52 %	56 %	49 %					↑		31,370
Abus physique	0,42	0,37	1,8 à 6	2,0	1,8	4,5	6,0	3,9	↑	↓	25	108-362
Violence physique sévère (1 épisode)			6 %							↓		3,620
Violence physique sévère (3 épisodes ou plus)			1.5 %							↑		904
Abus sexuel – Prévalence			14 %	10 %	18 %	2,7	3,2	2,9	↓	↓	17	8,446
Abus sexuel – Incidence	0,29	0,19		0,5	1,4							
Négligence	2,68	3,43		5,3	4,9	15,9	13,4	8,1	↓	↑	161	
Abandon	0,18	0,11		0,7	0,6	1,0	0,5	1,5	↑	↓	10	
Troubles de comportement	1,40	1,56				1,2	6,1	24,7	↓	↓	84	
Troubles oppositionnels			2 à 16 %									
Troubles de la conduite				6 à 16 %	2 à 9 %							
Délinquance globale	7,4	6,5							↓	↓		
12-14 ans								4,4				
15-17 ans								10,3				

- Note :
- Les taux présentés sont pour 1000 jeunes à moins qu'un pourcentage soit indiqué. Il faut consulter l'annexe pour avoir les détails, les nuances et les références.
 - La colonne incidence LPJ (nouvelles prises en charge) indique le taux pour mille jeunes des nouvelles prises en charge (année 2005). Il faut savoir qu'un signalement sur quatre se conclut par une nouvelle prise en charge.
 - Les données de prévalence proviennent de diverses études.
 - Les données de différence selon les sexes, lorsqu'elles sont données en pourcentage, émanent d'études. Les taux pour mille sont les données de l'étude d'incidence québécoise (EIQ)⁴⁵, publiées en juin 2002.
 - Les principales données selon l'âge émanent des données de EIQ pour les signalements reçus. Les données délinquance viennent pour leur part du deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec.
 - Pour la provenance des tendances, consulter les problématiques spécifiques à l'annexe.

⁴⁵ Tourigny, M.,(et al.) *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportements sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (EIQ)*. Montréal, Canada : Institut de recherche sur le développement social des jeunes, 2002. 216 pages.

4.5 Les principaux facteurs de risque relatifs aux problématiques vécues par les jeunes en difficulté

Un défi inhérent au Programme-services Jeunes en difficulté est lié au fait qu'il concerne des enfants et des adolescents en développement. Plusieurs facteurs sont, en effet, susceptibles d'influencer leur développement, qu'il s'agisse de le favoriser ou de lui nuire.

Pour les fins des orientations, cinq catégories de facteurs de risques sont présentés ici sommairement. Sans être identifiés comme déterminants pour l'émergence ou la structuration des problématiques, ils présentent l'intérêt de garder en mémoire l'ensemble des éléments susceptibles de se conjuguer pour mener à d'importantes difficultés psychosociales. Il faut consulter l'annexe pour avoir les détails, les nuances et les références.

4.5.1 Les conditions sociofamiliales adverses

- Le chômage est en baisse en Estrie. Il est passé de 11,1 % en 1996 à 6,9 en 2001.
- Le taux des enfants estriens qui vivent dans une famille dont le revenu familial provient de l'assurance-emploi est en diminution. Il est passé de 13,6 % à 7,7 % entre les années 1996 et 2001. En comparaison, les taux du Québec sont respectivement de 14,1 % et 7,8 %.
- La proportion d'enfants vivant dans une famille monoparentale augmente en Estrie comme ailleurs au Québec. Elle est passée de 17 % à 18,9 % entre les années 1996 et 2001 comparativement à des taux de 17,6 % et 19,7 % pour le Québec.
- En 2001, 25,1 % des enfants 0-17 ans estriens vivant avec un seul parent demeuraient dans une famille disposant d'un revenu se situant à 75 % du seuil de faible revenu comparativement à 6,7 % des enfants demeurant avec leurs deux parents.
- En 2001, 10,7 % des enfants 0-17 ans estriens vivant avec un seul parent demeuraient dans une famille disposant d'un revenu se situant à 50 % du seuil de faible revenu comparativement à 3,7 % des enfants habitant avec leurs deux parents.
- Les taux de victimisation pour violence conjugale des 12 ans et plus augmentent en Estrie comme au Québec. Entre les années 1997 et 2003, ces taux sont passés de 265/1 000 à 333/1 000 pour l'Estrie et de 366/1000 à 419/1000 pour le Québec.
- Le taux québécois des jeunes 12-17 ans victimes de violence conjugale est de 197/1000.

4.5.2 Les facteurs de risque associés aux parents

- La proportion de naissances vivantes de mères ayant moins de 11 ans de scolarité se situe pour l'Estrie à 12,1 % (13 % pour le Québec) pour les années 1999-2003.
- La proportion des 15-24 ans ne fréquentant pas l'école se situe à 36,4 % en Estrie comparativement à 33,2 % pour l'ensemble du Québec. Seules les régions de l'Outaouais, des terres-Cries de la Baie-James et du Nunavik présentaient des taux supérieurs à ceux de l'Estrie.
- En 2000-2001, 18,4 % des estriens de 12 ans et plus n'ont pas un niveau élevé de soutien social, ce qui représente le premier rang au Québec (14,4 % pour le Québec) avec peu de variation selon qu'il s'agisse des femmes ou des hommes 19,3 % des 15-24 ans (7,9 % pour le Québec) et 15,1 % des 25-44 ans (12,8 % pour le Québec) sont dans cette situation.
- Les estriens estimant avoir un faible sentiment d'appartenance à leur communauté locale est de 7,7 % en 2003 (8,1 % pour les femmes et 7,4 % pour les hommes pour un total de 19 500 personnes) comparativement à 11,1 % pour le Québec.
- La violence vécue par la mère dans son enfance, qu'elle soit mineure ou sévère est associée de manière significative à des taux de violence physique et psychologique plus élevés envers l'enfant. 64 % des mères déclarent avoir reçu au moins une fois la fessée dans l'enfance et 19 % avoir été frappées plus durement qu'une fessée. Elles sont 34 % à déclarer avoir vécu au moins un épisode d'humiliation ou de menaces ou avoir été ridiculisées; 34 % ont été témoin de violence conjugale psychologique et 13 % de violence conjugale physique.
- La détresse physique ou psychologique est plus présente chez les parents d'enfants pris en charge par la protection de la jeunesse (variant de 1,86/1 000 à 1,96/1 000 selon l'âge de l'enfant comparativement à un échantillon normatif situé à 1,47/1 000).

4.5.3 Les facteurs de risque associés aux enfants

L'étude FASS⁴⁶ a, pour chacun des groupes d'âge, mesuré diverses variables relatives aux caractéristiques personnelles de l'enfant ou de l'adolescente ou de l'adolescent. Pour chacun des groupes d'âge, les chercheurs ont identifié des dimensions regroupant les principales variables individuelles explorées dans l'étude afin d'indiquer des prévalences pour l'échantillon clinique de l'étude de conditions adverses.

- La présence de problèmes de comportement, prévalence variant de 23,6 % à 35,5 % selon l'âge.
- Le retard scolaire, prévalence variant de 26,6 % à 33,6 %.
- Les comportements sexualisés ou des antécédents d'abus sexuel, prévalence variant de 17,5 % à 23,9 %.
- Un fonctionnement général faible, prévalence variant de 14,3 % à 20,2 %.
- L'abus de drogues ou d'alcool, prévalence de 27,2 % chez les adolescents.

4.5.4 Les facteurs de risque associés à la relation parent-enfant

L'étude FASS a, pour chacun des groupes d'âge, mesuré diverses variables relatives aux conditions adverses concernant la relation parent-enfant. Pour chacun des groupes d'âge, les chercheurs ont identifié des dimensions regroupant les principales variables individuelles explorées dans l'étude afin d'indiquer des prévalences pour l'échantillon clinique de l'étude de conditions adverses.

- Le fait de vivre dans une famille où des comportements violents ont été présents au cours de la dernière année, prévalence variant de 34,9 % à 64,8 %.
- Le fait que le parent sente sa vie restreinte par la présence de l'enfant, score dépassant le seuil clinique; prévalence de 27 % chez les 0-5 ans.
- Le fait que la relation parent-enfant soit détériorée, prévalence variant de 18,3 % à 20,5 %.
- Le fait de présenter peu d'habiletés parentales pour les 0-5 ans, prévalence de 26,9 %
- Le fait de présenter des domaines d'habiletés parentales lacunaires sur les cinq types de pratiques parentales évaluées, prévalence de 6,6 % à 7,4 %.

4.5.5 Facteur de risque institutionnel

En 1991, le comité de travail mis sur pied par le gouvernement du Québec, afin de réfléchir à la prévention des problèmes psychosociaux⁴⁷, a dressé une liste des facteurs de risque des principales problématiques à prévenir. Le comité s'est alors commis à identifier certains facteurs de risque associés aux institutions et susceptibles d'influencer les trajectoires d'enfants et de jeunes. Il a alors mis l'accent sur le caractère de morcellement des services. Quinze ans plus tard, le roulement du personnel est certainement un de ceux-là, en ce qu'il met en difficulté l'existence d'une continuité relationnelle entre le personnel aidant et ceux et celles qu'ils ont la responsabilité d'aider. Le paradoxe est que l'intervention psychosociale implique l'établissement d'une relation d'aide basée sur la compétence et la crédibilité des intervenantes et intervenants et la construction d'une relation de confiance. Bien qu'il ne soit pas à ce jour sérieusement documenté, le roulement du personnel dans le champ de l'intervention sociale implique de nombreuses discontinuités, tous le savent et plusieurs le vivent. Cela risque d'avoir des effets néfastes sur l'atteinte des résultats attendus sans compter que les ruptures successives renforcent la croyance la plus durable qui entrave l'amélioration des situations des enfants, des jeunes et des parents en difficulté soit de ne pas valoir la peine qu'on s'intéresse, véritablement et durablement, à eux.

⁴⁶ Pauzé, R. et al, *Portrait des jeunes âgés de 0-17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leurs parcours dans les services et leur évolution dans le temps*, Étude financée par le Fonds pour l'Adaptation des Services de Santé et par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale, 2004.

⁴⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Un Québec fou de ses enfants*, 1991, 179 pages.

4.6 La description de l'offre de service pour les jeunes en difficulté dans la région et les données d'utilisation de services les plus récentes

C'est dans le but de diminuer les risques et de traiter les situations problématiques que l'offre de service est conçue et dispensée. Dans la région, comme en témoignent les données de service disponibles les plus récentes et selon le continuum de services, quelle est l'offre de service actuelle pour les jeunes en difficulté et leurs familles ainsi que son utilisation?

4.6.1 Volet accessibilité

À des fins d'illustration du continuum de services nous décrivons les activités ou Programmes de Santé publique, les services généraux des CSSS et les offres de service des partenaires qui ne font pas spécifiquement partie du Programme-services Jeunes en difficulté. **L'imputabilité du Programme-services Jeunes en difficulté relève des centres de santé et de services sociaux, du Centre jeunesse et de la Villa Marie-Claire et ce programme concerne strictement les services psychosociaux.**

Les activités de santé publique (Promotion-Prévention)⁴⁸

L'offre de service en Promotion-Prévention est présente dans toutes les MRC. Les CSSS, en concertation avec les différents partenaires (les établissements de services spécialisés, le milieu scolaire et les organismes communautaires) sont les maîtres d'œuvre de ces programmes.

L'offre de service	Les données de services les plus récentes 2006-2007 (Les chiffres entre parenthèses sont les chiffres de 2005-2006)
1) Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives auprès des femmes enceintes, des nouveau-nés ou des femmes ayant accouché.	
2) Établissement du réseau « Amis des bébés ».	
3) Programme intégré 0-5 ans ou programme d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants 0-5 ans et de leur famille vivant en contexte de vulnérabilité (profils PSJP, NEGS, OLO) ⁴⁹ . Ce programme comprend un suivi individuel offert sur une base régulière, l'intégration de l'enfant dans un milieu de garde et l'accompagnement des parents vers les ressources du milieu.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 587 (585) femmes enceintes (140 (134) profil PSJP-219 (206) profil NEGS-221 (226) profil OLO) ont bénéficié du programme. ➤ Durant la même période, 940 (950) enfants 0-5 ans ont été touchés par ce programme. <p>Le résultat par rapport à la cible de l'entente de gestion :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Atteinte à 100 %.
4) Le soutien à l'implantation du Programme Éveil à la lecture et à l'écriture en collaboration avec le MELS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poursuite de l'implantation et consolidation des comités dans chacun des RLS / territoires de commissions scolaires.
5) Programme de développement des habiletés sociales Fluppy chez les enfants des classes de maternelle ciblées.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 144 enfants et leurs familles. <p>Le résultat par rapport à la cible de l'entente de gestion :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Atteinte à 85 %.
6) Programme Y'APP pour le développement des habiletés parentales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 61 parents rejoints
7) L'implantation de l'approche École en santé par la réalisation d'interventions globales et concertées agissant sur les facteurs-clefs du développement des jeunes soit l'estime de soi, les compétences sociales, les habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires, les environnements favorables scolaire,	12 écoles des 7 MRC

⁴⁸ Objectifs poursuivis :

- Réduire les taux de prématurité, d'insuffisance de poids à la naissance, le nombre d'enfants naissant avec des anomalies, etc.
- Protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement maternel
- Augmenter la proportion d'enfants 0-5 ans avec un développement normal
- Favoriser le développement cognitif et langagier de l'enfant
- Modifier la trajectoire développementale des enfants présentant des manifestations d'agressivité et de turbulence, contribuer à la réduction du décrochage scolaire, promouvoir la santé, le bien-être et la réussite éducative, etc.

⁴⁹ Les données de la Villa Marie-Claire sont incluses aux résultats puisque cet établissement contribue à la réalisation de ce programme.

L'offre de service	Les données de services les plus récentes 2006-2007 (Les chiffres entre parenthèses sont les chiffres de 2005-2006)
familial et communautaire et les services préventifs.	
8) La généralisation des services concernant la consultation en matière de sexualité (de type clinique jeunesse) et la contraception orale d'urgence.	
9) Le programme PACE.	➤ Les activités Pace ⁵⁰ ont rejoint 587 enfants et 365 parents en comparaison de 658 parents et 497 enfants en 2004-2005 et de 479 enfants et 409 parents en 2003-2004.
10) La réalisation de campagnes de communication.	

Les services généraux des centres de santé et de services sociaux

L'offre de service	Les données de service les plus récentes – Année 2006-2007 (Les chiffres entre parenthèses sont les chiffres de 2005-2006)
Les services psychosociaux généraux des CSSS (interventions brèves) – Profil 420. ⁵¹	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 130 jeunes ont reçu des services généraux (134). ➤ Le nombre moyen d'interventions a été de 5 pour les 0-5 ans (1), de 1,14 pour les 6-11 ans (1,50) et de 2,75 pour les 12-18 ans (2,43).

L'offre de services généraux du CHUS⁵²

L'offre de service	Les données de service les plus récentes - Année 2006-2007 (Les chiffres entre parenthèses sont les chiffres de 2005-2006)
<p>Le CHUS agit à titre de centre désigné en matière d'agressions sexuelles pour la région de l'Estrie. (Programme en interface avec Jeunes en difficulté).</p> <p>La clinique sociojuridique de la pédiatrie pour les jeunes de 0-17 ans est une clinique spécialisée offrant des services de consultation, référence et soutien jusqu'à la prise en charge des différents partenaires pour les victimes d'abus sexuel ou jeunes patients présentant des comportements sexualisés ou dans les cas de suspicion d'abus sexuel.</p> <p>L'équipe de pédiatrie du CHUS appuie le personnel du DPJ dans toutes les situations requérant l'expertise médicale pour l'établissement du diagnostic médical et des soins pédiatriques immédiats requis par leur état consécutif à de la maltraitance.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le CHUS a traité 49 nouveaux usagers de 0-17 ans dans le cadre du centre désigné pour des victimes d'abus sexuel, avec ou sans diagnostic associé, (31). 46 d'entre eux proviennent de la région de l'Estrie et 12 par référence du DPJ. ➤ 220 usagers étaient actifs (104). Au terme de l'année, 12 usagers étaient en attente. ➤ Il y a eu 20 consultations psychologiques (21). 44 sont actives à la fin de l'année (30). ➤ Il y a eu 87 discussions de cas (58).

⁵⁰ Le programme PACE est un programme fédéral : Programme d'Action Communautaire pour les Enfants.

⁵¹ La dimension de détection n'est pas comptabilisée. Elle s'effectue dans tous les programmes-services des CSSS et par de nombreux partenaires dont les centres de la petite enfance et les commissions scolaires.

⁵² Voir la section des interfaces avec les autres programmes-services pour compléter la contribution du CHUS, notamment pour Santé physique et Santé mentale (ex. pour la Santé mentale : Évaluation de jeunes en crise, évaluation des troubles mentaux, hospitalisation, suivi des jeunes dans l'attente d'une prise en charge de la 1^{re} ligne, participation à des tables cliniques...).

Les services spécifiques du Programme-services Jeunes en difficulté des centres de santé et de services sociaux⁵³ selon les paramètres de l'offre de service du du ministère de la Santé et des Services sociaux – Volet CSSS Profil 810⁵⁴

L'offre de service spécifique	Les données de service les plus récentes - Année 2006-2007 (Les chiffres entre parenthèses sont les chiffres de 2005-2006)
<p>1) Tous les CSSS offrent un suivi psychosocial aux jeunes en difficulté. Par ailleurs, on indique des délais d'attente pour ces services. On souligne également que le soutien aux CPE n'est pas en place.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pour tous types de services confondus, 1 131 usagers 0-18 ans ont bénéficié des interventions du Programme jeunes en difficulté (1006). ➤ Le nombre moyen d'intervention, pour la région, a été, pour les 0-5 ans de 14,96 (9,30). Il a été pour les 6-11 ans de 5,73 (4,58). Enfin, le nombre moyen d'interventions a été pour les 12-18 ans de 6,19 (6,65).
<p>2) Les 7 CSSS indiquent que les services de soutien direct aux familles (service de répit et de dépannage, soutien aux loisirs, aide matérielle et financière ponctuelle, aide familiale à domicile) existent en partie. Les CSSS ont un budget de répit/dépannage pour les clientèles DI TED, SM et DP. Au-delà de ces budgets, le PCNP pour la clientèle du programme intégré offre certaines possibilités. Les autres sources de financement relèvent d'initiatives locales (fondations, etc.).</p>	<p>Les résultats relatifs aux cibles des ententes de gestion 2006-2007</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le nombre d'usagers (jeunes, leurs parents ou les personnes qui en prennent soin) rejoints en CSSS (Mission CLSC) n'a pas été atteint. 4 022 usagers ont reçu des services et la cible était de 4 287⁵⁵. ➤ Le nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (Mission CLSC) a été de 7,26 sous la cible de 8,12.
<p>3) Programme d'intervention en situation de crise et de suivi intensif dans le milieu⁵⁶ Tous les CSSS répondent aux urgences dans le cadre de l'accueil et de l'urgence détresse et ce sont les intervenants au dossier qui effectuent les interventions requises. Il n'y a cependant pas de programme d'intervention spécifique.</p>	
<p>4) Services d'intervention de groupe pour des problématiques particulières. 2 CSSS indiquent la présence de certains groupes dans leur programmation de service. Ils considèrent donc que ce type d'intervention existe en partie. 5 CSSS indiquent ne pas faire d'intervention de groupe spécifiques au Programme-services Jeunes en difficulté</p>	

⁵³ L'offre de service ici indiquée est le résultat d'une cueillette d'information auprès des CSSS pour connaître l'état actuel des services.

⁵⁴ Noter que les services aux enfants présentant des troubles mentaux relèvent maintenant du Programme Santé mentale.

⁵⁵ Noter que ce chiffre se distingue du premier en ce qu'il inclut les parents ou des personnes qui prennent soin des enfants et des adolescents concernés par le Programme jeunes en difficulté.

⁵⁶ Un **programme** d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu se distingue des interventions en situation de crise, en ce qu'il comporte un cadre spécifique d'intervention intensive à moyen terme (cadre théorique, outils cliniques spécifiques, modalités d'intervention, etc.).

L'offre de service spécifique	Les données de service les plus récentes - Année 2006-2007 (Les chiffres entre parenthèses sont les chiffres de 2005-2006)
<p>5) La réadaptation pour les 0-5 ans Un CSSS dispense des services spécifiques en partenariat avec le CPE l'Espèglerie.</p> <p>La réadaptation pour les 6-17 ans Tous les CSSS offrent des services de réadaptation aux jeunes présentant un trouble du comportement en collaboration avec les milieux scolaires et à travers la structure de concertation clinique tripartite (CSSS-CJE-CS). Les délais d'attente ne sont pas toujours respectés. La programmation est en implantation.</p>	<p>Les cibles prévues aux ententes de gestion sont les suivantes en matière de réadaptation 6-17 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 135 jeunes ➤ Moyenne de 24 interventions par jeune.
<p>6) Les services de périadoption Tous les CSSS indiquent ne pas offrir de services spécifiques. Tous notent toutefois répondre aux rares demandes reçues.</p>	
<p>7) Retrait du milieu familial et placement Tous les CSSS indiquent assumer le suivi des enfants placés dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, selon les indications de l'offre de service du Ministère. Ils soulignent l'existence d'un mécanisme d'arrimage avec le Centre jeunesse, à qui revient l'imputabilité des décisions de placement pour tous les jeunes 0-18 ans.</p>	
<p>8) La supervision des droits d'accès La Ligue pour l'enfance est un organisme communautaire qui offre des services de supervision des droits d'accès, dans le cadre d'ordonnances de la Cour supérieure. Les CSSS ont la responsabilité d'assurer l'accessibilité à ce type de service à la population de leur territoire. Par ailleurs, La ligue pour l'enfance collabore également avec le Centre jeunesse qui est imputable des droits d'accès concernant les ordonnances de la Chambre de la jeunesse.</p>	<p>Données 2006-2007</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La Ligue pour l'enfance a rejoint 201 familles (194 en 2003-2004), dont 225 enfants (298 en 2003-2004). ➤ Pour les dossiers de Cour supérieure, le nombre d'heures de visites supervisées est de 878 et de 2 304 pour les échanges de garde. ➤ Pour les dossiers de Cour supérieure, le nombre d'heures de visites supervisées est de 293. À ce nombre s'ajoutent 35 heures d'échange de garde. ➤ Le CJE a réalisé 2 484 visites supervisées.

Les services spécialisés de la Villa Marie-Claire dans le cadre du Programme-services Jeunes en difficulté

Offre de service	Les données de service les plus récentes - Année 2006-2007 (Les chiffres entre parenthèses sont les chiffres de l'année 2005-2006)
<p>La Villa Marie-Claire offre des services spécialisés de réadaptation aux mères en difficulté et à leurs enfants 0-5ans.</p> <p>La Villa Marie-Claire est également impliquée dans le Programme intégré 0-5 ans dans le cadre de son mandat de réadaptation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La Villa Marie-Claire a hébergé, en 2006-2007, 50 mères et enfants (71) dont 23 enfants de 0-5 ans (32), 8 mères 12-17 ans (11) et 19 (28) mères de 18 ans et plus. ➤ Le taux d'hébergement est passé à 88 %. (77 %) ➤ Pour les deux années de référence, les pourcentages des mères (55 %) et des enfants (45 %) sont identiques. ➤ En 2006-2007, 50 % des enfants ont moins de 12 mois (75 %). ➤ En 2006-2007, 19 situations sont couvertes par la LPJ (32) et 31 situations sous la LSSSS (39). Les mamans hébergées le sont davantage dans un contexte LSSSS. ➤ En 2006-2007, 350 personnes ont reçu des services externes (424), 189 parents (215) et 161 enfants (209), la clientèle se répartissant partout sur le territoire. ➤ Le centre de jour a été fréquenté par 66 personnes (77) dans le cadre des ateliers parents-enfants, des ateliers place aux pères, des ateliers parents à deux, des cours prénataux et des activités à caractère scolaire. ➤ La Villa des tout-petits a été utilisée par 28 parents (49) pour 29 enfants (52), 47 marrainages ont été effectués (65) et 377 visites ont eu lieu au comptoir d'échange de vêtements (526).

Les services spécialisés du Centre jeunesse dans le cadre du Programme-services Jeunes en difficulté

L'offre de service	Les données de service les plus récentes - Année 2006-2007 (Les chiffres entre parenthèses sont les chiffres de 2005-2006)
<p>Les services dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse</p> <p>1) Réception et traitement des signalements.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En 2006-2007, le Centre jeunesse a retenu 847 signalements (1022), ce qui représente un taux d'incidence de 14 pour 1000 jeunes (16). Ce taux était de 13 pour 1000 en 2000-2001. ➤ Ce sont les territoires des Sources avec 19/1000 et Memphrémagog avec 17/1000 qui présentent les taux les plus hauts. En contrepartie, c'est le territoire du Granit qui présente le taux le plus bas avec 11/1000.

L'offre de service	Les données de service les plus récentes - Année 2006-2007 (Les chiffres entre parenthèses sont les chiffres de 2005-2006)
2) Évaluation des signalements et orientation.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 735 évaluations terminées (854). Elles étaient de 780 en 2000-2001. Le taux de compromission se situe à 51,7 % (46,4). Il était de 46,7 en 2000-2001. ➤ La judiciarisation à l'évaluation a été de 55,3 % (70,7%). Elle était de 54,1 % en 2000-2001. <p>Le résultat concernant la cible identifiée à l'entente de gestion pour 2006-2007 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Délai moyen d'attente à l'évaluation à la protection de la jeunesse : la cible identifiée de 16,4 est atteinte. (16,41).
3) Application des mesures. L'application des mesures comprend le suivi psychosocial et l'ensemble des interventions requises dans une situation prise en charge en protection de la jeunesse.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le nombre de jeunes ayant un plan de protection au 31 mars 2007 était de 1 152 (1 082), ce qui représente un taux de 18/1000 pour l'Estrie (17). Ce sont les territoires des Sources, du Val-Saint-François et de Memphrémagog qui présentent les plus hauts taux, respectivement de 21/1000, 20/1000 pour Val-Saint-François et Memphémagog. En comparaison, la MRC de Coaticook se situe à 11/1000. <p>Le résultat concernant la cible identifiée à l'entente de gestion 2006-2007 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Délai moyen d'attente à l'application des mesures à la protection de la jeunesse : la cible identifiée à 35 est atteinte. Elle est de 30,29.
4) Programme d'intervention en situation de crise et de suivi intensif dans le milieu.	Le Centre jeunesse répond aux urgences par son service d'urgence sociale. Il n'y a pas de programme structuré pour intervenir dans le cadre de la crise signalée par l'urgence. Ce sont les intervenants qui ajustent leur intervention en conséquence.
5) Révision	Tous les dossiers en application des mesures ont eu au moins une révision durant l'année.
6) Retrait du milieu familial et placement.	<p>Le résultat de la cible identifiée dans l'entente de gestion 2006-2007 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Taux de nouveaux placements en centre jeunesse : la cible située à 7 pour 1000 est atteinte. Elle est actuellement de 5,19.
7) Interventions de soutien auprès des ressources de type familial.	
8) Services de réadaptation dans le milieu.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 379 jeunes âgés entre 6 et 17 ans ont reçu des services de réadaptation dans le milieu soit l'équivalent de 8 enfants sur 1000. ➤ Les territoires des Sources et de Memphémagog présentent les taux les plus élevés, respectivement de 13 et de 10/1000. Les autres territoires se situent à 7 ou 8/1000.
9) Hébergement en ressources de type familial.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le nombre de jeunes différents hébergés en ressource de type familial pour la période du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007 était de 697 (735).
10) Hébergement en internat et foyers de groupe.	<p>Les places occupées au 31 mars 2007 étaient les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 41 places en unités de vie régulière (40).

L'offre de service	Les données de service les plus récentes - Année 2006-2007 (Les chiffres entre parenthèses sont les chiffres de 2005-2006)
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 26 places en garde ouverte (26) LSJPA. ➤ 5 places occupées en garde fermée (6) LSJPA. ➤ 17 places en foyer de groupe (17). ➤ Le Centre de crise l'Accalmie a fait 245 admissions dans l'année (239).
Les services dans le cadre de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents.	
	<p>Les données de services :</p> <p>Année 2006-2007</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le nombre de jeunes ayant reçu des services dans le cadre de la LSJPA s'élève à 480 soit 20/1000 jeunes (481 soit 21/1000jeunes). Il était de 827 en 2000-2001 soit 36/1000 jeunes. ➤ Les territoires de Memphrémagog avec 22/1000 jeunes, du Val-Saint-François et de Coaticook avec 20/1000 jeunes présentent les taux les plus hauts. En comparaison, c'est le territoire du Granit avec un taux de 15/1000 jeunes qui présente le taux le plus bas.
1) Évaluation et orientation.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 312 demandes d'évaluation/orientation ont été demandées par le substitut du procureur général (300). ➤ Le résultat de la cible identifiée à l'entente de gestion 2006-2007 : Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA : la cible identifiée à 14 est atteinte. Elle est de 9,34.
2) Rapports prédécisionnels.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 74 rapports prédécisionnels ont été demandés par le substitut du procureur général. (94)
3) Suivi des sanctions extrajudiciaires.	<p>Par entente de service avec le Centre jeunesse de l'Estrie, Le Pont, organisme de justice alternative, assume la réalisation de sanctions extrajudiciaires. Il assume également les mesures extrajudiciaires directement en provenance des policiers.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le Pont a réalisé en 2005-2006, 16 mesures extrajudiciaires à la demande des services policiers auprès de jeunes ayant commis des délits. (36 en 2004-2005). ➤ 191 demandes de consultation ont été traitées en 2005-2006 (177 en 2004-2005) concernant 155 personnes victimes dont 120 (77 %) ont pu être rejointes. 38 (32 %) des personnes rejointes ont accepté de participer à un processus de médiation. ➤ Outre les consultations concernant la volonté de la victime face à l'évènement, le Pont a réalisé 185 mesures de sanctions extrajudiciaires (199 en 2004-2005). ➤ Il a par ailleurs réalisé 137 mesures judiciaires (189 en 2004-2005).

L'offre de service	Les données de service les plus récentes - Année 2006-2007 (Les chiffres entre parenthèses sont les chiffres de 2005-2006)
4) Suivi des sanctions judiciaires.	➤ Les probation avec suivi (situations nouvelles dans l'année) diminuent. Elles sont de 73 (84). Elles étaient de 176 en 2000-2001.
5) Mises sous garde et réadaptation.	➤ Les mises sous garde (situations nouvelles dans l'année) se situent au même niveau que l'an dernier soit un total de 16. Elles étaient de 93 en 2000-2001.
L'offre de service dans le cadre LSSSS	
1) Les expertises à la Cour supérieure.	➤ Les services d'expertises à la Cour supérieure connaissent des fluctuations. Les expertises demandées ont été 13 (32). Elles étaient 17 en 2000-2001.
2) L'adoption.	➤ Les adoptions se situent à 36 (42). Elles étaient 33 en 2000-2001.
3) Les services de recherche d'antécédents et les retrouvailles.	➤ Le nombre de personnes ayant reçu des services de recherche d'antécédents et de retrouvailles est en baisse. 83 (90). Elles étaient 133 en 2000-2001.

L'offre de service des commissions scolaires : les services éducatifs complémentaires.

L'offre de service	Les données de service les plus récentes - Année 2005-2006
<p>Les services éducatifs complémentaires se composent de quatre programmes.⁵⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Programme de services de soutien visant à assurer à l'élève des conditions propices à l'apprentissage. ➤ Programme de services de vie scolaire visant le développement de l'autonomie de l'élève, de son sens des responsabilités, de sa dimension morale et spirituelle, de ses relations interpersonnelles ainsi que de son sentiment d'appartenance à l'école et à la communauté. ➤ Programme de services d'aide visant à accompagner l'élève dans son cheminement scolaire, dans sa démarche d'orientation scolaire et professionnelle ainsi que dans la recherche de solutions aux difficultés qu'il rencontre. ➤ Programme de services de promotion et de prévention visant à donner à l'élève un environnement favorable au développement de saines habitudes de vie et de compétences qui influenceront de manière positive sa santé et son bien-être. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 33 318 élèves fréquentaient les commissions scolaires de Sherbrooke, des Hauts-Cantons et des Sommets en 2005-2006. ➤ 1 082 d'entre eux étaient formellement identifiés comme élèves en difficulté, soit 3,24 % des élèves.

⁵⁷ Ministère de l'Éducation, *Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite* Québec, 2002, 59 pages.

L'offre de service	Les données de service les plus récentes - Année 2005-2006
<p>Ces quatre programmes s'actualisent par les services suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Promotion de la participation de l'élève à la vie éducative ➤ Éducation aux droits et aux responsabilités ➤ Animation sur les plans sportif, culturel et social ➤ Animation spirituelle et engagement communautaire ➤ Soutien à l'utilisation des ressources documentaires de la bibliothèque scolaire ➤ Information et orientation scolaires et professionnelles ➤ Orthopédagogie ➤ Orthophonie <p>de même que les services suivants, particulièrement impliqués pour le soutien des jeunes en difficulté d'adaptation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychologie. ➤ Psychoéducation. ➤ Éducation spécialisée. ➤ Santé et services sociaux. <p>Les modèles en vigueur pour la prestation des services spécifiques pour la clientèle jeunes en difficulté d'adaptation</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Chaque commission scolaire se dote d'un modèle de prestation de services spécifiques. ➤ Ces modèles peuvent distinguer les ordres d'enseignement (primaire ou secondaire) et non selon les modèles d'organisation en vigueur.⁵⁸ ➤ Les mécanismes de concertation utilisés sont les guichets tripartites, les équipes d'intervention jeunesse. Occasionnellement, les guichets tripartites se transforment pour accueillir d'autres partenaires concernés pour une situation particulière ou utilisent d'autres mécanismes existant sur les territoires, par exemple, une table de concertation. 	

L'offre de service des centres de la petite enfance

L'offre de service	Les données de service les plus récentes – Année 2006-2007
<p>Les services de garde dispensent des services de garde éducative auprès des enfants de 0-5 ans.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'Estrie dispose de 7 890 places en garderie réparties entre 51 centres de la petite enfance (CPE) et de 5 garderies à but lucratif. ➤ 3 298 places sont disponibles en CPE dont 364 pour les poupons et 292 en garderies à but lucratif. ➤ 4 300 places sont disponibles en milieu familial dont environ 800 pour les poupons. ➤ Certaines places sont réservées pour les clientèles du Programme intégré 0-5 ans seulement.

L'offre de service des organismes communautaires

L'offre de service	Les données de service les plus récentes – Année 2006-2007
<p>Pour les fins des orientations régionales du Programme jeunes en difficulté, distinguons deux catégories d'organismes communautaires. Ceux dont la mission globale s'inscrit dans le cadre du Programme jeunes en difficulté et ceux qui le sont du fait d'ententes de services.</p> <p>Les 24 organismes dont la mission globale s'inscrit dans le cadre du Programme jeunes en difficulté sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Animation Jeunesse Haut Saint-François ➤ Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc ➤ Azimut-Nord ➤ Bulle et Baluchon ➤ Centre des jeunes de Lennoxville ➤ Centre Regroupement Jeunesse Rock Forest inc. ➤ Coalition sherbrookoise pour le travail de rue ➤ Corporation Jeunesse Memphrémagog inc. ➤ Grands frères et Grandes sœurs de l'Estrie ➤ Les jeunes du coin d'Ascot ➤ Maison des jeunes Actimaje (La) ➤ Maison des jeunes de l'Or blanc (La) ➤ Maison des jeunes de Coaticook inc. (La) ➤ Maison des jeunes de Fleurimont (La) ➤ Maison des jeunes de la St-François (La) ➤ Maison des jeunes de Waterville; Les Pacifistes ➤ Maison des jeunes l'Initiative inc. ➤ Maison Jeunes-Est ➤ Place des jeunes l'Intervalle de Bromptonville ➤ Point 14-18 de Danville inc. ➤ Points jeunesse du Granit ➤ Pont, organisme de justice alternative (Le) ➤ Source-Soleil (L'Auberge du Cœur) ➤ Spot Jeunesse de Sherbrooke 	<p>Afin de tenter d'illustrer l'apport des organismes communautaires, et ce, spécifiquement et exclusivement pour les activités offertes dans le cadre du Programme-services Jeunes en difficulté, la présente compilation a été effectuée à l'aide des chiffres transmis à l'Agence. Ils sont à considérer avec prudence.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les données disponibles provenant des organismes dont la mission globale s'inscrit dans le cadre du Programme jeunes en difficulté indiquent qu'il y a près de 3 500 adolescents qui les fréquentent <u>sur une base régulière</u>. ➤ À ce nombre s'ajoutent 226 autres personnes qui les fréquentent également sur une base régulière (jeunes de moins de 12 ans, de même que des parents). ➤ Les chiffres indiquent également qu'ils sont plus de 14 304 à fréquenter les organismes occasionnellement. <p>Fait à signaler : Les organismes communautaires offrent une grande diversité d'activités et de services. Toutefois, leur accessibilité est inégale d'un territoire à l'autre.</p>

L'offre de service	Les données de service les plus récentes – Année 2006-2007
<p>Par ailleurs, les organismes communautaires suivants, offrent, dans le cadre de leur mission globale, certaines activités aux jeunes en difficulté et à leur famille. Ils sont toutefois financés soit par un autre ministère du gouvernement du Québec, soit dans le cadre d'un autre programme-services : déficience intellectuelle, déficience physique, services généraux, santé mentale, etc. :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Association de parents Panda de l'Estrie ➤ Association québécoise pour les enfants atteints d'audimutité, chap. Estrie ➤ Bulle et baluchon ➤ Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie ➤ L'Escale de l'Estrie ➤ Mairaine Tendresse Estrie ➤ Naissance Renaissance Estrie <p>Dans le cadre de leur mission, les activités offertes par ces deux catégories d'organismes, sont de natures diverses parmi les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accueil, écoute, échange et référence, parrainage - Accompagnement, assistance et soutien, formation - Activités sociales, culturelles, sportives, de loisirs - Animations diverses : groupes d'échange, d'entraide, aide aux devoirs, jardins communautaires, conférences, journal, etc. - Activités d'information et de sensibilisation, promotion des saines habitudes de vie - Activités de prévention : abus envers les jeunes, toxicomanie, relations familiales, sexualité, système judiciaire, relations amoureuses, santé mentale et physique et autres - Activités de formation ou rencontres thématiques - Activités d'intégration sociale, de valorisation et d'insertion à l'emploi - Cuisines collectives - Hébergement avec intervention 24/7 (Source-Soleil, 18-30 ans) - Répét-dépannage/Stages de transition (Maison Jeunes-Est) - Suivi externe et post-hébergement (Source-Soleil) - Médiation pénale, citoyenne et scolaire (Le Pont) - Interventions psychosociales ponctuelles - Application de mesures extrajudiciaires, de sanctions judiciaires et de médiation (Le Pont) 	

L'offre de service	Les données de service les plus récentes – Année 2006-2007		
<p>Enfin, 22 organismes sont financés par ententes de services (budgets spécifiques, programmes de santé publique, etc.). Ces organismes qui desservent les enfants, les jeunes ou les familles sont :</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Banque alimentaire Memphémagog ➤ Carrefour des cuisines collectives de Sherbrooke ➤ Centre d'action bénévole de Coaticook ➤ Centre d'action bénévole R.H Rediker ➤ Centre des femmes du Val Saint-François ➤ CIVAS Estrie ➤ Cuisine collective Bouchée-Double ➤ Famille Espoir ➤ Famille Plus ➤ Grands frères et Grandes sœurs de l'Estrie </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> ➤ L'Escale de l'Estrie ➤ Le Comité de la relève de Scotstown ➤ Les tabliers en folie ➤ Ligue pour l'enfance de l'Estrie ➤ Famillaction ➤ MABOB ➤ Maison de la famille du Granit ➤ Maison de la famille de Memphémagog ➤ Maison de la famille de Sherbrooke ➤ Marraine Tendresse ➤ Naissance Renaissance Estrie ➤ Panda Estrie ➤ Réseau d'appui aux familles monoparentales de l'Estrie (RAME) </td> </tr> </table> <p>Les services offerts par ces organismes dans le cadre d'ententes de services sont de nature diverses parmi les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Halte-garderie - Répit familial 0-30 jours - Soutien aux jeunes parents en périnatalité et en petite enfance à l'intention des familles, principalement celles vivant en contexte de vulnérabilité - Cuisines collectives : dépannage alimentaire ponctuel - Services de supervision des droits d'accès, dossiers de la Cour supérieure et un certain nombre de dossiers de la Chambre de la Jeunesse (La ligue pour l'Enfance de l'Estrie) - Programme d'action communautaire pour les enfants (Fédéral) - Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP 0-5 ans) - Programme d'aide à l'action concertée : transfert d'expertise entre organismes et ateliers offert en partenariat (famille du monde, aide aux devoirs, dîners-conférences, etc.) - Programme « Y'a personne de parfait » (soutien au développement des habiletés parentales) - Soutien psychosocial aux enfants de mères hébergées pour violence conjugale 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Banque alimentaire Memphémagog ➤ Carrefour des cuisines collectives de Sherbrooke ➤ Centre d'action bénévole de Coaticook ➤ Centre d'action bénévole R.H Rediker ➤ Centre des femmes du Val Saint-François ➤ CIVAS Estrie ➤ Cuisine collective Bouchée-Double ➤ Famille Espoir ➤ Famille Plus ➤ Grands frères et Grandes sœurs de l'Estrie 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'Escale de l'Estrie ➤ Le Comité de la relève de Scotstown ➤ Les tabliers en folie ➤ Ligue pour l'enfance de l'Estrie ➤ Famillaction ➤ MABOB ➤ Maison de la famille du Granit ➤ Maison de la famille de Memphémagog ➤ Maison de la famille de Sherbrooke ➤ Marraine Tendresse ➤ Naissance Renaissance Estrie ➤ Panda Estrie ➤ Réseau d'appui aux familles monoparentales de l'Estrie (RAME) 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Banque alimentaire Memphémagog ➤ Carrefour des cuisines collectives de Sherbrooke ➤ Centre d'action bénévole de Coaticook ➤ Centre d'action bénévole R.H Rediker ➤ Centre des femmes du Val Saint-François ➤ CIVAS Estrie ➤ Cuisine collective Bouchée-Double ➤ Famille Espoir ➤ Famille Plus ➤ Grands frères et Grandes sœurs de l'Estrie 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'Escale de l'Estrie ➤ Le Comité de la relève de Scotstown ➤ Les tabliers en folie ➤ Ligue pour l'enfance de l'Estrie ➤ Famillaction ➤ MABOB ➤ Maison de la famille du Granit ➤ Maison de la famille de Memphémagog ➤ Maison de la famille de Sherbrooke ➤ Marraine Tendresse ➤ Naissance Renaissance Estrie ➤ Panda Estrie ➤ Réseau d'appui aux familles monoparentales de l'Estrie (RAME) 		

4.6.2 Volet continuité⁵⁹

Différents paramètres permettent de caractériser la continuité des services rendus aux jeunes en difficulté.

4.6.2.1 Des plans de services individualisés

Objectif recherché : un plan de service individualisé est formulé et utilisé dans toutes les situations le requérant afin de favoriser la participation et la compréhension des personnes concernées (les jeunes et leurs parents) et de bien situer l'apport des partenaires au plan de service.

- Tous les établissements indiquent que la formulation de PSI progresse, mais n'est pas complètement réalisée pour l'ensemble des dossiers concernés.

Dans le cadre des indicateurs régionaux, l'Agence de la santé et des services sociaux a recueilli des données qui sont toutefois à interpréter avec prudence.

- Le nombre de plans de service individualisé (PSI) a été de 109, dépassant la cible de 106 pour les jeunes suivis dans le cadre du Programme de réadaptation dans les CSSS.

4.6.2.2 Des instances de concertation

a) Les équipes d'intervention jeunesse

Objectif recherché : La mise en place d'équipes d'intervention jeunesse vise à assurer la coordination et la complémentarité de services dans les situations complexes plaçant les enfants et les jeunes à risque de rupture de services.

- L'équipe d'intervention jeunesse existe sur deux territoires (Magog et Sherbrooke). Un CSSS utilise toutefois celle du territoire de Magog (Val-Saint-François).
- Dans les territoires où n'existe pas une équipe d'intervention jeunesse, le guichet tripartite⁶⁰ est utilisé également à cette fin, en invitant, au besoin, les autres partenaires impliqués.
- D'autres mécanismes de concertation (tables de concertation) sont également mis à profit au besoin.
- Le CJE et la VMC participent aux mécanismes de concertation existants qu'il s'agisse de l'EIJ ou d'autres mécanismes.

b) Les guichets tripartites: CSSS, CJ et commissions scolaires

Objectif recherché : La mise en place des guichets tripartites vise à concerter les actions des trois établissements pour les jeunes qui présentent des troubles de comportement.

- Les guichets tripartites existent pour tous les territoires de desserte du réseau de la santé et des services sociaux et les territoires des commissions scolaires, selon des modalités convenues entre tous les partenaires.

4.6.2.3 Du soutien clinique

Objectif recherché : Le renforcement du soutien clinique par des postes dédiés à la supervision permet d'assurer les collaborations nécessaires aux processus d'évaluation et d'orientation des clients.

⁵⁹ Les résultats présentés ici découlent d'une cueillette d'information auprès des établissements imputables du Programme-services Jeunes en difficulté : centres de santé et de services sociaux, Villa Marie-Claire, Centre jeunesse.

⁶⁰ Le guichet tripartite est le mécanisme de concertation convenu entre les commissions scolaires, les centres de santé et de services sociaux et le Centre jeunesse pour les jeunes présentant des difficultés de comportement.

- 8 établissements, dont 6 CSSS, le CJE et la VMC ont créé des postes dédiés au soutien clinique. 6 CSSS soulignent que ces personnes assument la responsabilité de coordination alors que 2 autres CSSS indiquent que ces personnes assument en partie cette responsabilité.
- Un CSSS dispose d'une portion de poste dédié au soutien clinique et utilise de la supervision professionnelle à contrat pour couvrir les secteurs ne disposant pas d'une portion de poste dédié au soutien clinique. Conséquemment, cet établissement assume par d'autres modalités la coordination requise lorsque la personne ne détient pas un poste dans l'établissement.

4.6.2.4 Des ententes de partenariat

Objectif recherché : Les ententes de partenariat visent à préciser les modalités de collaboration entre partenaires du Réseau local de services pour une réponse adaptée aux différents besoins de la clientèle.

- Tous les établissements CSSS, CJE et VMC ont établi des ententes de partenariat avec les CPE et avec les établissements scolaires, les deux milieux de vie fréquentés largement par les enfants et les adolescents de même qu'avec le Centre Jean-Patrice Chiasson – Maison St-Georges, des organismes communautaires, le Regroupement Centre Notre-Dame de l'enfant – Dixville.
- Tous les CSSS disposent d'entente avec le Centre de réadaptation Estrie inc.
- Tous les CSSS et la VMC disposent d'entente avec le CJE.
- Tous les CSSS et le CJE ont des ententes établies avec le CHUS. La VMC indique en partie.
- Tous les établissements CSSS et CJE ont des ententes avec la Villa Marie-Claire.
- Deux établissements signalent avoir une entente avec le Comité d'action locale de Magog (CSSS de Memphrémagog et Villa Marie-Claire).
- Plusieurs établissements soulignent que les ententes ne s'actualisent pas toutes avec la même efficacité, que certaines sont à revoir et soulignent que l'élaboration des projets cliniques locaux sera une bonne occasion de créer des continuums de services.
- Les activités des établissements concernés par les programmes de santé publique s'inscrivent également dans la valorisation de la concertation clinique et intersectorielle entre partenaires du réseau public de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires et du réseau scolaire.

4.6.2.5 Des mécanismes de jonction de services

Objectif recherché : L'établissement de mécanismes de jonction de services entre les services généraux, les services spécifiques et les services spécialisés, de même qu'entre les services spécialisés pour les situations de jeunes vivant des difficultés, a pour objectif d'assurer la complémentarité des interventions tout en évitant les ruptures de services.

- Tous les CSSS indiquent qu'ils ont un mécanisme interne, souvent informel, assurant la jonction entre les services généraux et spécifiques des CSSS, et ce, concernant les différents types de situations rencontrées :
 - A) les situations de déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement
 - B) les situations de déficience physique
 - C) les situations de santé mentale
 - D) les situations de dépendance

Fait à signaler : la Direction de la santé publique signale que dans le cadre du programme 0-5 ans, l'arrimage entre les différentes instances (CSSS-CR-CJE-CPE-OC-pédopsychiatrie) est préoccupant. La présence de listes d'attente pour accéder à des services spécialisés est inacceptable lorsqu'il s'agit de jeunes enfants.

L'utilisation d'outils cliniques communs et validés, la présence de plans d'intervention de même que les échanges cliniques contribuent également à assurer la continuité des services. Ils sont toutefois regroupés dans le volet qualité puisqu'ils concourent grandement à cette caractéristique des services.

4.6.3 Volet qualité⁶¹

La qualité des services offerts aux jeunes en difficulté et à leur famille tient compte de plusieurs aspects.

4.6.3.1 *Des outils cliniques communs et validés*

Objectif recherché : L'utilisation d'outils cliniques communs et validés a pour objectif une bonne compréhension des besoins des enfants, des jeunes et de leurs familles afin de leur offrir des services adaptés qui relèvent des meilleures pratiques.

- Tous les établissements, les 7 CSSS, le CJE et la Villa Marie-Claire disposent d'outils communs, propres à leur établissement. Leur utilisation n'est toutefois pas acquise dans toutes les situations qui pourraient le justifier.
- Par ailleurs, seul l'outil GRISE a fait l'objet d'une entente régionale liant les établissements (CSSS et CJ) concernés dans le cadre de l'entente MSSS-MELS. Ainsi,
 - 3 établissements CSSS et le Centre jeunesse utilisent l'outil GRISE.
 - 3 établissements CSSS l'utilisent en partie.
 - 1 CSSS ne l'utilise pas.
 - Le Centre jeunesse souligne s'être ajusté aux décisions prises avec chacune des commissions scolaires.
 - Le roulement du personnel est souligné avec ce qu'il comporte de difficultés d'assurer la formation du personnel; le personnel non formé ne pouvant l'utiliser.
 - L'outil GRISE n'est pas traduit pour la clientèle anglophone.

Dans le cadre des indicateurs régionaux, l'Agence a développé un indicateur concernant l'utilisation du GRISE.

- Les CSSS ont produit 138 portraits synthèses comparativement à la cible située à 211.
- Le Centre jeunesse a produit 87 portraits synthèses dépassant la cible située à 81.

4.6.3.2 *Des plans d'intervention*

Objectif recherché : Un plan d'intervention (PI) et un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) formulé et utilisé dans chacun des dossiers favorisent la participation active des personnes concernées à la formulation du problème rencontré et à l'identification des solutions et permettent un suivi adapté aux besoins spécifiques des clients.

- Tous les établissements CSSS indiquent une progression constante relativement à la présence des PI dans les dossiers, qui reste à consolider.
- Le CJE et la VMC indiquent, pour leur part, la présence de PI dans les dossiers.

Dans le cadre des indicateurs régionaux, l'Agence de la santé et des services sociaux a recueilli des données qui sont toutefois à interpréter avec prudence.

- Le nombre de plans d'intervention (PI) réalisés dans les CSSS a été de 55 pour une cible identifiée à 118. Il s'agit ici uniquement des jeunes en difficulté ayant besoin de réadaptation et qui ont été identifiés dans le cadre du Guichet tripartite.

⁶¹ Les résultats présentés ici résultent d'une cueillette d'information auprès des établissements imputables du Programme-services Jeunes en difficulté : centres de santé et de services sociaux, Villa Marie-Claire, Centre jeunesse.

4.6.3.3 Des échanges cliniques

Objectif recherché : La mise en place de mécanismes qui prévoient l'aménagement de périodes régulières d'échanges cliniques a pour objectif de favoriser la réflexion et les discussions cliniques concernant notamment l'actualisation des plans d'intervention et leur révision en regard des résultats visés.

- Tous les établissements CSSS, CJE et VMC indiquent avoir aménagé ces périodes d'échange clinique.
- Des ressources de supervision clinique sont également accessibles aux intervenants des CSSS dans le cadre du Programme intégré 0-5 ans et du Programme Fluppy.

4.6.3.4 La gestion des ressources humaines

Objectif recherché : La gestion des ressources humaines favorise les services à la clientèle lorsqu'elle intègre des critères de qualité et d'efficacité des actes professionnels dans l'évaluation du personnel et lorsqu'elle met en place des normes en matière de gestion des charges de travail et de taux d'encadrement.

- Ces mécanismes ne sont pas présents dans les CSSS. Le CJE et la VMC ont établi ces mécanismes.

4.6.3.5 Le développement des compétences

Objectif recherché : La mise en place d'un programme de développement des compétences comprenant la mise à niveau des connaissances en début d'emploi et le développement continu des compétences en cours d'emploi permet d'assurer un suivi adapté de la clientèle, basé sur les meilleures pratiques.

- Les CSSS et la VMC ne dispensent pas de formation en début d'emploi. Tous font de l'orientation à l'embauche.
- Le CJE dispose d'un programme de mise à niveau en début d'emploi.
- Tous les établissements CSSS, le CJE et la VMC assurent le développement continu des compétences en cours d'emploi.
- Le Centre jeunesse et la Villa Marie-Claire ont implanté le Programme national de formation.
- La Direction de la santé publique a contribué à la formation continue du personnel sur des dimensions fondamentales des programmes déployés en promotion-prévention. (Attachement, développement de l'enfant, allaitement, Fluppy, approche Écoles en santé, etc.).
- Les CSSS élaborent présentement un plan de formation sur les meilleures pratiques en réadaptation des jeunes en troubles de comportement.

4.6.3.6 Des liens avec les universités

Objectif recherché : L'association entre les milieux universitaires et les milieux de pratique contribue à la formation des futurs professionnels et permet de déployer les meilleures pratiques dans tous les domaines pertinents au Programme-services Jeunes en difficulté.

- Tous les établissements CSSS, CJE et VMC ont développé des liens avec le milieu universitaire.

4.6.3.7 Des mesures de retrait et d'isolement conformes aux normes et standards

Objectif recherché : Les mesures de retrait et d'isolement doivent être appliquées dans certaines conditions et pour des situations spécifiques pour lesquelles ces mesures sont indiquées.

- Le Centre jeunesse applique des mesures de retrait et d'isolement dans ces conditions et pour des situations spécifiques.

4.6.3.8 Le roulement du personnel

Objectif recherché : Implanter des moyens pour réduire l'effet du roulement de personnel sur les services favorise la relation de confiance entre les intervenants et les usagers et ainsi maximise l'atteinte des résultats.

- Tous les établissements CSSS, CJE et VMC ont identifié des moyens de réduire l'effet des mouvements de personnel.
- Le CJE considère toutefois cet objectif réalisé en partie seulement vu les conséquences du mouvement de personnel pour la clientèle.

4.6.3.9 Une programmation en réadaptation interne

Objectif recherché : Doter les services de réadaptation d'une programmation permet une réponse adaptée aux besoins de la clientèle.

- Le Centre jeunesse travaille actuellement à la programmation en matière de réadaptation.
- La Villa Marie-Claire dispose d'une programmation.

4.6.3.10 Une procédure de gestion des admissions et des sorties en internat

Objectif recherché : Une saine gestion des sorties et des admissions en internat, en foyer de groupe et en famille d'accueil favorise la stabilité des groupes et une durée de séjour suffisante pour une réadaptation efficace.

- Le Centre jeunesse et la Villa Marie-Claire disposent d'une procédure de gestion des admissions et des sorties en internat, en foyer de groupe et en famille d'accueil qui garantit la stabilité des groupes et une durée de séjour suffisante pour une réadaptation efficace.

4.7 Les impacts anticipés de la nouvelle LPJ sur l'offre de service aux jeunes en difficulté

La nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse est entrée en vigueur le 9 juillet 2007. Les impacts anticipés sur l'offre de service aux jeunes en difficulté ont été identifiés par un comité régional présidé par la Directrice de la protection de la jeunesse, à partir des grands objectifs poursuivis par la modification législative.

En regard de l'objectif de favoriser la continuité et la stabilité des enfants, il y a trois modifications législatives qui auront des impacts :

- 1) L'utilisation de la famille élargie ou du réseau d'entraide lors d'un placement.
 - Les partenaires auront à démontrer qu'ils ont vérifié le soutien de l'entourage avant le placement en famille d'accueil.
- 2) L'introduction de dispositions spécifiques portant sur la tutelle.
 - Moins de placements en LSSSS et LPJ prévus. Le tiers des enfants placés sont concernés par cette mesure. En majorité, cette clientèle ne devrait pas présenter de problèmes nécessitant des services spécifiques, cela reste toutefois à documenter. Par contre, si l'enfant requiert des services, il sera sous le couvert de la LSSSS.
- 3) La révision des placements d'un an et plus en LSSSS par la DPJ.
 - Les établissements de réadaptation doivent informer la DPJ des placements d'un an et plus en LSSSS; rapports de révision à faire pour les intervenants des centres de réadaptation selon des critères prescrits par la réglementation. Pour le CJE, augmentation des révisions.

En regard de l'objectif de promouvoir la participation active de l'enfant et de ses parents aux décisions et aux choix des mesures, il y a une mesure qui aura des impacts :

- 1) L'utilisation accrue de moyens permettant de conclure des ententes de services pour soutenir les enfants desservis sous le couvert de la LPJ.
 - Au besoin, les partenaires s'engagent à offrir des services pour le jeune et sa famille afin de favoriser le maintien ou le retour de l'enfant dans le milieu de vie. Impact sur la priorisation des clientèles. Les mesures devront également être appliquées plus rapidement compte tenu des délais pour le placement selon l'âge de l'enfant.

En regard de l'objectif de s'assurer du caractère exceptionnel de l'intervention d'autorité de l'état dans la vie des familles, il y a deux impacts prévus :

- 1) La restriction des responsabilités du centre jeunesse à l'égard des enfants en trouble de comportement.
 - Augmentation prévue de la clientèle en trouble de comportement pour les autres établissements et les organismes, particulièrement des demandes de service en situation de crise.
- 2) L'orientation et l'accompagnement personnalisés des jeunes vers les services de la 1^{re} ligne à toutes les étapes du processus de rétention des signalements, de l'évaluation et de l'application des mesures.
 - Obligation accrue du centre jeunesse de référer de façon personnalisée la clientèle en besoin de services et pour les établissements de la santé et du réseau scolaire, obligation d'offrir des services.

En regard de l'objectif de concilier la protection des enfants et le respect de la vie privée, il y a deux impacts anticipés :

- 1) Un plus grand accès de la DPJ à l'information sur la clientèle qui est consignée dans les établissements.
 - Demande accrue pour les établissements de renseignements sur le dossier d'enfants ou de tiers; impact sur la tenue de dossier.
- 2) L'élargissement de la possibilité pour la DPJ de donner de l'information sur la clientèle auprès des établissements, écoles et milieux de garde concernant les problématiques de négligence au niveau de la santé, des abus physiques et sexuels.
 - Meilleure information sur la clientèle et obligation de conservation et d'utilisation de ces informations pour préserver la confidentialité.

4.8 Les ressources financières dépensées en Estrie dans le Programme-services Jeunes en difficulté

Avant de faire état du budget dépensé en **Jeunes en difficulté**, il convient de faire un rappel de la notion de « contour financier ». La brève explication qui suit provient du document portant sur « l'architecture des services » (MSSS, janvier 2004).

Tout programme est composé d'un ensemble de services et d'activités qui sont désignés sous le vocable de « centre d'activités ». Le contour financier fournit la répartition des dépenses par programme, à partir des centres d'activités. En pratique, un centre d'activités correspond à un type de service. Ce dernier est classé en fonction de son appartenance à un ensemble organisé d'activités, ensemble qui permet de répondre à un profil de besoins particuliers. C'est ce qui est nommé « programme-services ». Le Programme-services Jeunes en difficulté est l'un des neuf programmes reconnus.

Un centre d'activités peut appartenir à un seul ou à plusieurs programmes-services. Dans le cas où celui-ci n'est pas exclusif à un seul programme, le MSSS utilise le total des coûts de ce centre d'activités et le distribue entre les programmes, à partir des données du rapport statistique ou des systèmes d'information clientèle (SIC). Le contour financier n'incorpore que les centres d'activités principales.

Pour l'année 2005-2006, les dépenses en **Jeunes en difficulté** dans les établissements et organismes communautaires pour la région étaient de **36 360 000 \$**. Ce montant se répartissait de la façon suivante :

- **28 026 000 \$ pour le Centre jeunesse de l'Estrie**
- **5 478 000 \$ pour les centres de santé et de services sociaux (CSSS)**
- **831 000 \$ pour la Villa Marie-Claire**
- **2 025 000 \$ pour les organismes communautaires⁶².**

4.9 Les constats généraux sur le Programme-services Jeunes en difficulté en Estrie

4.9.1 Volet accessibilité⁶³

En amont du Programme-services Jeunes en difficulté

- L'offre de service en promotion-prévention est actualisée. Certains aspects requièrent des efforts supplémentaires pour l'atteinte des cibles identifiées.
- Nous ne disposons pas de données ni d'outils communs concernant la détection des jeunes en difficulté. Nous savons toutefois que la détection des jeunes en difficulté se fait en CSSS dans tous les programmes-services et à travers les services généraux. Les professionnels du milieu scolaire contribuent également pour une large part à la détection.
- Compte tenu de la population des enfants et des jeunes qui sont à risque de présenter des difficultés d'adaptation psychosociale (estimé = 15 082)⁶⁴, l'utilisation des services psychosociaux généraux en CSSS est faible (130 jeunes ont reçu des services en 2006-2007). Les jeunes qui consultent présentent plusieurs facteurs de risque et sont davantage orientés directement vers le Programme-services Jeunes en difficulté.

Concernant le Programme-services Jeunes en difficulté

- Le suivi psychosocial en CSSS pour la clientèle des enfants et des familles en difficulté existe dans tous les CSSS. On identifie cependant des délais d'attente pour ces services.
- Les services spécifiques du Programme Jeunes en difficulté sont en implantation dans les CSSS en ce qui concerne la réadaptation.
- Il n'y a pas d'offre de service structurée en négligence dans les établissements CSSS, CJE et VMC. On entend par offre de service structurée un programme disposant d'un cadre théorique validé par la recherche, définissant la problématique, les clientèles, identifiant des outils cliniques standardisés à utiliser pour l'établissement d'une hypothèse clinique et l'évaluation des résultats de l'intervention et la présence d'une programmation aux modalités variées (individuel, groupes, diade parent-enfant, etc.). Le Programme intégré 0-5 ans, qui s'adresse à une clientèle vulnérable, rejoint des familles présentant cette problématique. Toutefois, l'intensité des interventions réalisées auprès d'elles n'est pas suffisante pour traiter la négligence chronique.
- Tous les établissements (CSSS et CJE) font de l'intervention en urgence 24/7 selon leurs mécanismes spécifiques : urgence sociale, urgence détresse, services d'accueil, etc. Toutefois, il n'y a pas, dans la région, de programme spécifique d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu qui se distingue des interventions en situation de crise ou d'urgence. Enfin, des arrimages sont également à réaliser avec le CHUS concernant les interventions auprès de jeunes en situation de crise.
- Les CSSS répondent aux demandes en matière de soutien en péri-adoption, lorsqu'elles leur sont, rarement, adressées.

⁶² Ce montant fait référence aux organismes qui, dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (P-SOC), reçoivent une subvention Jeunes en difficulté, en appui à leur mission globale. D'autres organismes communautaires reçoivent des budgets spécifiques afin d'offrir des activités de soutien et d'entraide aux enfants, aux jeunes et aux familles, mais ces organismes ne sont pas dans le contour financier Jeunes en difficulté.

⁶³ Bien que la recherche sociale commence à apporter des éclairages concernant la différenciation selon les sexes et les âges, nous n'avons pas suffisamment d'éléments et de ressources permettant de raffiner une offre de service qui les distingue clairement. C'est pourquoi n'apparaissent pas au chapitre des constats et ultérieurement des orientations ces distinctions, bien qu'elles puissent exister au cas à cas, à travers l'intervention.

⁶⁴ On estime en effet que 25 % des enfants sont à risque modéré de présenter un seul problème d'adaptation psychosociale.

- Le soutien direct aux familles des CSSS est peu accessible aux familles du Programme-services Jeunes en difficulté.
- Le CJE a rencontré les cibles identifiées en lien avec son offre de service; les délais d'attente à l'évaluation et à l'application des mesures en protection de la jeunesse et les délais d'attente en application des ordonnances judiciaires en matière de jeunes contrevenants. Le CJE a également rencontré l'objectif relatif au nombre d'enfants placés.
- L'attente dans les services de protection, bien que rejoignant les cibles identifiées, est présente.
- Le nombre de jeunes desservis à la suite de la commission de délits, est en baisse conséquemment au changement de loi entré en vigueur le 1^{er} avril 2003 (LSJPA). L'Estrie ne diffère pas du Québec à ce chapitre. Vu la modification récente de la loi, il est cependant trop tôt pour tirer des conclusions.

4.9.2 Volet continuité

- Il existe plusieurs ententes de collaboration entre les établissements, les organismes et les commissions scolaires. Le défi demeure toutefois de créer des continuums de services.
- Des mécanismes de concertation cliniques existent partout sur le territoire. Ils prennent différentes formes (EIJ-guichet tripartite pour les clientèles en troubles du comportement, tables de concertation).
- Le mécanisme de guichet tripartite convenu entre les partenaires de services (commissions scolaires, CSSS et CJE) est en place dans tous les territoires de commissions scolaires. Il assure la concertation efficace des actions pour tous les jeunes présentant des troubles de comportement.
- Les liens entre les services généraux, spécifiques et les services spécialisés, de même qu'entre les services spécialisés et avec les autres programmes-services, restent à bonifier. La situation des enfants et les familles présentant des problèmes de santé mentale est particulièrement préoccupante, comme l'ont mis en lumière les orientations régionales en ce domaine. Il en est de même pour les enfants ou les jeunes à risque qui n'ont pas encore de diagnostics formels.
- Le Cadre de référence régional pour les PSI constitue une avancée pour le développement de la pratique. Les EIJ et autres mécanismes de concertation ont contribué à renforcer la pratique PSI. L'implantation est amorcée.

Enjeu au chapitre de la continuité

Un enjeu au niveau des mécanismes de concertation locaux, sous-régionaux ou régionaux est souligné. Le Centre jeunesse de l'Estrie signale l'importance de mécanismes de concertation cliniques uniformes sur le territoire afin d'assurer une participation efficace de son personnel. Les commissions scolaires spécifient, pour leur part, que les mécanismes mis en place à ce jour répondent à leurs attentes. Elles craignent cependant de voir ce qui fonctionne remis en question, leur caractère sous-régional les rendant elles aussi préoccupées de la multiplication, éventuelle, des mécanismes de concertation.

4.9.3 Volet qualité

- L'utilisation d'outils cliniques communs et validés pour l'évaluation est une pratique de plus en plus recommandée et elle commence à s'implanter. Ce n'est cependant pas une pratique acquise. Il faut, par ailleurs, porter une attention minutieuse sur les choix d'outils de manière à avoir des consensus solides entre les partenaires.
- L'identification et l'actualisation des meilleures pratiques sont amorcées. Par ailleurs, les choix de pratiques cliniques reposent encore beaucoup sur les intervenants, individuellement. On peut également se questionner en termes d'analyse différenciée des sexes à ce sujet.
- Les échanges cliniques ont pris une place plus grande par la création de postes ou de portions de postes dédiés au soutien clinique. Ces échanges sont cependant souvent confondus avec la notion de supervision clinique qui suppose une fonction d'encadrement de la pratique clinique.
- Le Centre jeunesse dispose d'un programme structuré de formation de base et d'intégration à l'emploi.
- Les CSSS et la VMC ont un programme d'orientation à l'embauche.
- Les CSSS assurent la formation en cours d'emploi.
- Le Programme national de formation se déploie au Centre jeunesse et à la Villa Marie-Claire.
- La présence des plans d'intervention dans les dossiers progresse.

- Tous les établissements ont identifié des moyens pour réduire l'effet des mouvements du personnel.
- Règle générale, les établissements CSSS ne disposent pas d'un cadre de référence en matière de soutien professionnel et de gestion de la performance. Le CJE et la VMC sont davantage structurés à cet égard.

4.10 En conclusion

En se basant sur les données d'utilisation de service du Programme-services Jeunes en difficulté, ce sont plus ou moins 3 303 jeunes qui sont rejoints par le Programme-services Jeunes en difficulté en Estrie, soit 5,5 % de la population totale des jeunes 0-17 ans. 1 562 d'entre eux sont suivis dans un cadre LSSSS et 1 741 dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse ou de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents.

À ces chiffres, il faut ajouter la contribution des services généraux psychosociaux des CSSS (130 situations), l'apport de la clinique sociojuridique du CHUS (220), de même que les services dispensés par les partenaires scolaires (1 082 situations), communautaires ou de la petite enfance, dans le cadre d'activités de 1^{re} ligne ou de promotion-prévention. Le tableau suivant permet de faire ce constat concernant l'offre de service pour les jeunes en difficulté dans la région.

D'autre part, on estime généralement que 25% des jeunes sont à risque de développer un problème d'adaptation sociale, soit 15 082 jeunes. Les chiffres indiquent qu'une bonne proportion d'entre eux sont rejoints occasionnellement ou sur une base régulière par des activités de promotion-prévention ou d'activités communautaires et que peu d'entre eux sont rejoints par les services psychosociaux généraux des CSSS.

Enfin, au-delà des chiffres, la question demeure toute entière sur les caractéristiques des services offerts : l'enfant, le jeune et sa famille reçoivent-ils le bon service, au bon moment, en continuité...

**Nombre de jeunes desservis par le Programme-services Jeunes en difficulté
selon le continuum de services**

Population concernée	Nombre	Total des jeunes desservis
<i>Population desservie par le Programme-services Jeunes en difficulté</i>		
	2006-2007	
<i>Protection jeunesse</i>		Grand total : Services du Programme-services Jeunes en difficulté : 3 303
• Abandon	52	
• Troubles du comportement	231	
• Négligence	789	
• Abus sexuel	45	
• Abus physique	35	
<i>Jeunes contrevenants</i>	480	
<i>Services spécialisés VMC Mères en difficulté d'adaptation et leurs enfants 0-5 ans.(interne+externe)</i>	109	
<i>Services spécifiques CSSS</i>	1 131	
<i>Programme soutien aux jeunes parents (santé publique)</i>	140	
<i>Services spécialisés VMC LSSSS Mères en difficulté d'adaptation et leurs enfants 0-5 ans (interne+externe)</i>	291	
<i>Population desservie par les services généraux des CSSS</i>		
<i>Services généraux CSSS</i>	130	350
<i>Centre désigné CHUS</i>	220	
<i>Population desservie par les Commissions scolaires</i>		
<i>Élèves identifiés en difficulté. Ces élèves peuvent être comptabilisés également dans les services des établissements</i>	1 082	1 082
Grand total		4 735
<i>Population à risque estimée et rejointe par des activités de promotion-prévention ou communautaires</i>		
Nombre de jeunes à haut risque de vivre de multiples problèmes psychosociaux (10 %)	6 023	Données disponibles sur la fréquentation des services communautaires et promotion-prévention : 440 femmes enceintes (OLO/NEGS) 144 enfants et leur famille (développement des habiletés sociales) 587 enfants et 365 parents; Programme d'actions communautaires pour les enfants 3 500 adolescents fréquentent les organismes communautaires sur une base régulière (estimation) 226 autres personnes fréquentent les organismes communautaires sur une base régulière (estimation) 14 304 personnes fréquentent les organismes communautaires sur une base occasionnelle (estimation)
Signalements non retenus	1 122	
Risque d'abus sexuel	8 446	
Troubles du comportement (moyen 5 %) 6-17 ans	2 125	
Violence physique sévère	3 620	
Violence psychologique répétée (3 épisodes et plus)	31 370	
Retards de développement (15 % des 0-5 ans)	2 673	
Nombre de jeunes à risque de vivre un problème psychosocial (25 % des jeunes)	15 082	
Rejoins par des activités de promotion-prévention, entraide et autres activités à caractère communautaire		± 5,262 sur base régulière 14 304 sur base occasionnelle
Population totale 0-17 ans (filles : 49 % / garçons : 51 %) :		60 328
0-5 ans : 17 819	6-11 ans : 19 242	12-17 ans : 23 267

Partie II

Orientations régionales 2007-2010 Jeunes en difficulté

5. LES ORIENTATIONS RÉGIONALES 2007-2010

5.1 Les principes directeurs

L'action se fonde sur les valeurs. C'est pourquoi il importe d'identifier les principes directeurs qui guident le choix des orientations pour les services aux jeunes en difficulté.

- La clientèle du Programme Jeunes en difficulté : des êtres en développement à considérer dans leur totalité; un capital humain à développer.

La population des enfants est prévue décroître de 7 % au cours de la prochaine décennie. Cela augmente d'autant l'importance de l'enjeu de développer tout leur potentiel à chacune des étapes de leur développement, de la petite enfance à l'âge adulte. Pour ce faire, les enfants et les jeunes ont besoin de l'attention soutenue d'adultes qui leur sont significatifs, de soutien et d'aide appropriés face aux défis et aux difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans leur développement. Ils ne pourront se développer et grandir que s'ils reçoivent à temps, de la part de leurs parents, des réseaux d'entraide de leur environnement et des services formels, ce dont ils ont besoin.

Pour le réseau de services, disposer d'une vision commune et globale du développement s'impose comme une condition essentielle pour agir avec pertinence à chaque étape de croissance, pour agir à temps et en continuité.

- Les parents, premiers responsables du développement de leur enfant : être un parent, un apprentissage à soutenir.

Les parents ont à cœur le bien-être de leur enfant même si parfois ils ignorent les besoins liés à leur développement ou s'ils sont eux-mêmes aux prises avec des difficultés personnelles détournant l'attention que les enfants sont en besoin et en droit de recevoir.

Être parent est un art difficile, tout le monde le sait. Il y en a encore trop qui ignorent que c'est un art qui s'apprend. Trop souvent, les parents hésitent à consulter des proches, des ressources de proximité ou les services sociaux formels de peur d'être jugés alors qu'ils sont déroutés, inquiets ou anxieux, croyant qu'ils devraient savoir ou craignant de n'avoir pas l'habileté nécessaire. Lorsqu'ils se décident à le faire ou que leur jeune signale une difficulté par des comportements inappropriés dans leurs divers milieux de vie, cela est d'autant difficile qu'ils sont eux-mêmes parvenus à une limite, qu'ils ont démissionné ou ont choisi de fermer les yeux, quand ce n'est pas l'impulsion de tenter un contrôle ultime ou décider d'une rupture avec leur jeune, rupture qui les déchire pourtant.

Développer et soutenir l'exercice de la responsabilité parentale est au cœur de l'aide et de l'accompagnement à l'apprentissage d'être parent. Cela s'impose d'autant lorsque des difficultés importantes surviennent. Les parents sont les personnes les plus importantes pour leurs enfants.

- Il faut tout un village pour élever un enfant.

Créer des villages, dans ce que l'image a de proximité et de chaleur, est le défi du renforcement des réseaux locaux véhiculé par la Loi 25.

Œuvrer le plus près possible des milieux de vie en associant les forces des parents, de leurs proches, des familles au sens large ou de personnes significatives, des organismes communautaires, des milieux de vie des enfants (centres de la petite enfance, écoles, loisirs, etc.) n'est pas un objectif nouveau. Ce qui l'est, c'est la conscience aigüe de l'importance de s'assurer que tous puissent trouver près d'eux, le plus naturellement du monde, l'aide dont ils ont besoin pour grandir et se développer, au moment où nous sommes conscients que plusieurs problèmes qui confrontent les enfants, les jeunes et leurs familles risquent de les rendre, aujourd'hui encore plus qu'hier, vulnérables, dans le contexte du monde actuel et des exigences accrues pour se tailler une place dans la société.

Nous savons tous que l'isolement est parmi les facteurs les plus déterminants de la structuration des problèmes psychosociaux, d'où l'importance de favoriser l'appartenance des enfants, des adolescentes, des adolescents et des parents à un réseau qui soit occasion de participation, de valorisation et d'insertion sociale.

- L'impératif des actions intégrées, coordonnées et dispensées en temps utile.

La cohérence des interventions psychosociales et la cohésion des acteurs permettent aux familles de s'appuyer sur un socle solide. C'est pourquoi une vision commune du développement, des outils standardisés qui soutiennent l'évaluation des situations et des résultats de l'intervention, un langage commun, la reconnaissance de l'expertise spécifique de chaque organisme, établissement ou programme-services sont parmi les éléments nécessaires à des actions intégrées et coordonnées au profit des enfants, des jeunes et des familles.

Il est également impératif d'intervenir en temps utile. L'enfant ne cherche pas à grandir, il grandit. Il n'attend personne pour grandir. Et tout défaut de lui offrir à temps ce dont il a besoin est lourd de conséquences pour son avenir.

- La relation d'aide : une affaire de confiance

Vu la complexité des problèmes psychosociaux, des actions intégrées, coordonnées et dispensées en temps utile sont impératives. Toutefois, cela ne suffit pas. L'aide psychosociale passe par l'établissement de relations de confiance durables qu'il faut construire et soutenir pour favoriser le rétablissement de liens sociaux des enfants, des jeunes en difficulté et de leurs familles. Les blessures psychosociales surviennent dans un contexte relationnel, individuel et collectif. C'est pourquoi la continuité relationnelle est un des éléments clefs pour l'obtention de résultats significatifs auprès des enfants, des jeunes et leur famille.

- L'intervention précoce : mieux vaut prévenir que guérir.

L'intervention, lorsque les situations sont devenues chroniques, est difficile et les connaissances, bien qu'elles se développent, sont encore limitées. Prévenir et intervenir le plus tôt possible lorsque des difficultés surviennent demeurent les meilleures garanties de gains pour le bien-être des enfants, des jeunes et des familles.

Par ailleurs, lorsque les difficultés sont plus importantes, qu'on vise la reprise du développement d'enfants, d'adolescentes ou d'adolescents ou la récupération de séquelles d'abus, on prévient encore l'aggravation des difficultés et on diminue les chances d'une transmission intergénérationnelle. On doit veiller alors à intervenir auprès de l'enfant, du jeune et de sa famille tout en n'hésitant pas à prendre les moyens pour assurer la stabilité à un enfant qui ne pourrait pas la trouver dans son milieu d'origine.

Il importe également de rappeler que prévenir, pour l'enfant ou le jeune, peut signifier intervenir auprès de son parent et de manière intensive.

- Le développement et l'intégration des meilleures pratiques à travers tout le réseau : « The tragedy is not what we don't know. It's how we ignore what we do know. » Bronfenbrenner, 1991.

Au cours des trente dernières années, les connaissances concernant les principales problématiques psychosociales ont commencé à se spécifier, on a donc vu se développer des équipes de recherche sur le territoire québécois et ailleurs dans le monde, dédiées à l'avancement des connaissances et au développement des pratiques en lien étroit avec les milieux de pratique, qu'ils soient communautaires ou institutionnels.

Les connaissances sur les meilleures pratiques sont encore limitées compte tenu de la complexité multifactorielle des problèmes de nature psychosociale. Toutefois, il importe de mettre en pratique les connaissances acquises et de poursuivre les avancées gagnées au fil des dernières années. L'évaluation des pratiques cliniques représente un incontournable et le partenariat universités et milieux cliniques favorisent une meilleure réponse aux besoins des jeunes en difficulté et leur famille.

5.2 Les orientations régionales proposées

À la lumière du portrait de la clientèle et des services et en cohérence avec les valeurs qui guident l'intervention sociale et les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux, les orientations retenues sont :

5.2.1 Volet accessibilité

En amont du Programme-services Jeunes en difficulté

- Poursuivre le déploiement des activités de Santé publique pour favoriser le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des enfants et des jeunes.
- Développer la perception dans la population et chez les parents que consulter le plus tôt possible, ce n'est pas témoigner d'un échec et qu'ils seront aidés sans être jugés.
- Renforcer la détection des risques et des problèmes auprès des enfants, des jeunes et des familles afin d'intervenir le plus tôt possible.
- Développer, dans les CSSS, le suivi psychosocial dans les services généraux pour les enfants, les jeunes ou les familles qui présentent des risques ou des problèmes, avant que les situations se détériorent.

Spécifiquement pour le Programme-services Jeunes en difficulté

- Développer les services psychosociaux à l'intérieur des programmes spécifiques Jeunes en difficulté
- Poursuivre le développement, dans les CSSS, du soutien direct aux familles.
- Développer, dans les CSSS, l'intervention en situation de crise et de suivi intensif dans le milieu par une équipe dédiée.
- Améliorer les services de réadaptation auprès des jeunes en difficulté, tant en 1^{re} qu'en 2^e ligne.
- Rendre accessible un programme intégré assurant la complémentarité entre la 1^{re} ligne et la 2^e ligne pour les enfants et les jeunes victimes de négligence.
- Renforcer l'intensité des services spécialisés.

5.2.2 Volet continuité

- Établir, pour la clientèle des jeunes en difficulté, des mécanismes de liaison formels entre les programmes de santé publique, les services généraux et spécifiques Jeunes en difficulté des CSSS, les services spécialisés pour les jeunes en difficulté du CJE et de la VMC et les autres programmes-services.
- Accentuer les partenariats entre les différents acteurs du réseau de services aux jeunes en difficulté, particulièrement entre tous les établissements et les centres de la petite enfance, le milieu scolaire et les organismes communautaires.
- Accentuer la réalisation des plans de services individualisés permettant la participation active des enfants, des jeunes en difficulté et leurs parents.
- Réduire le roulement du personnel œuvrant auprès des enfants et des jeunes en difficulté et de leur famille afin de favoriser l'établissement et la continuité d'une relation de confiance essentielle à l'intervention⁶⁵.

5.2.3 Volet qualité

- Assurer la réalisation de plans d'intervention reposant sur une évaluation des problématiques et des meilleures pratiques d'intervention.
- Renforcer l'utilisation commune d'outils validés pour l'évaluation des problématiques vécues par les enfants, les jeunes et leurs familles.
- Développer ou implanter de façon concertée les meilleures pratiques d'intervention pour chacune des problématiques Jeunes en difficulté.

⁶⁵ Cet objectif est à mettre en relation avec les constats concernant le roulement du personnel et les mécanismes de jonction entre les différents programmes-services concernés par les enfants et les jeunes.

5.3 Les composantes du continuum de services des établissements en collaboration avec leurs partenaires et le soutien des autres programmes-services

C'est sur le continuum prévenir, traiter et protéger que l'offre de service du Programme-services Jeunes en difficulté s'appuie et s'actualise. Pour chacun des aspects de ce continuum, une offre de service est définie, encadrée par des lois et confiée à un ou des établissements. Chaque offre est ensuite détaillée en activités attendues de la part des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Certaines activités sont complémentaires entre les CSSS, CJE et VMC. Voici les composantes de l'offre de service Jeunes en difficulté à mettre en place d'ici 2010, en lien avec les autres programmes-services.

Composantes du continuum de services pour les Jeunes en difficulté

PRÉVENIR	TRAITER		PROTÉGER
Les activités et programmes de promotion et de prévention de la santé publique. activités de promotion et de prévention du programme de santé publique.	L'aide apportée aux enfants, aux jeunes et aux familles en difficulté afin de prévenir l'aggravation de leur situation ou permettre la reprise du développement et mettre fin aux situations de compromission.		L'ensemble des interventions effectuées par le personnel de la DPJ afin d'identifier la nécessité de recourir à la Loi sur la protection de la jeunesse pour assurer la protection des enfants. L'ensemble des interventions requises dans le cadre de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents pour protéger la société.
Services Santé publique offerts par les établissements CSSS (LSSSS)	L'offre de service psychosocial général des CSSS (LSSSS)	L'offre de service spécifique des CSSS Jeunes en difficulté (LSSSS)	L'offre de service spécialisé du Centre jeunesse et celle de la Villa Marie-Claire pour la réadaptation des mères d'enfants 0-5 ans. (LSSSS-LPJ-LSJPA)
Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives périnatales	Accueil, évaluation, orientation et référence CSSS	Le suivi psychosocial CSSS	Le suivi psychosocial -LPJ CJE
Réseau « Amis des bébés ».	Info-social CSSS	Le soutien direct aux familles CSSS	Interventions de soutien auprès des RTF-CJE
Programme 0-5 ans (profils PSJP, NEGS, OLO).	Interventions psychosociales brèves CSSS	Programme d'intervention en négligence CSSS-CJE-VMC	L'ensemble des services du personnel de la DPJ (réception et traitement des signalements, évaluation-orientation, révision) CJE
Éveil à la lecture et à l'écriture et à l'écriture		Programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu CSSS-CJE	L'ensemble des services rendus dans le cadre de la LSJPA (évaluation-orientation et rapports pré-décisionnels CJE)
Programme Fluppy		Intervention de groupe CSSS-CJE-VMC	Suivi des sanctions extrajudiciaires et judiciaires, gestion des manquements, examens CJE
Approche Écoles en santé		Équipe d'intervention jeunesse CSSS	
Services de consultation en matière de sexualité		Le programme qualification des jeunes CJE	
		Les services de réadaptation CSSS-CJE-VMC	Réadaptation dans le cadre des mises sous garde CJE
		Suivi lors de placements CSSS	Mises sous garde CJE
		Placements CJE	
		La supervision des droits d'accès CSSS-CJE	Expertises psychosociales Cour supérieure CJE
		Péri-adoption CSSS	Adoption/Recherche d'antécédents sociobiologiques et retrouvailles CJE

5.4 Les rôles et responsabilités des partenaires des réseaux locaux de services

5.4.1 L'encadrement légal

Dans le contexte de précision et d'implantation des projets cliniques, il est utile de faire un rappel des mandats dévolus aux différents partenaires en fonction de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (MOS, p. 69 et suivantes; projet de loi 83)⁶⁶.

Article 99.4, projet de loi 83 : « La coordination des services offerts par les intervenants d'un réseau local de services de santé et de services sociaux est assurée par une instance locale, laquelle est un établissement multivocationnel qui exploite notamment un centre local de services communautaires, un centre d'hébergement et de soins de longue durée et, le cas échéant, un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ».

« Instance locale : seule une instance locale visée au premier alinéa peut faire usage, dans son nom, des mots « centre de santé et de services sociaux ».

Article 80 : « La mission d'un centre local de services communautaires (CLSC) est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux et services sociaux courants et à la population du territoire des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion ».

Article 82 : « La mission d'un CPEJ est d'offrir, dans la région, des services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, requis par la situation d'un jeune en vertu de la LPJ et de la LJC, ainsi qu'en matière de placements d'enfants, de médiation familiale, d'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption et de recherche des antécédents biologiques. »

« À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les besoins des personnes qui requièrent de tels services soient évalués et que les services requis par elles-mêmes ou par leur famille leur soient offerts, soit directement, soit par les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide ».

Article 84 : « La mission d'un centre de réadaptation est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes, jeunes 6-17 ans, où mères d'enfants 0-5 ans qui requièrent de tels services ».

Article 81 : « La mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés ».

Une note dans le texte de loi précise que « les centres hospitaliers reçoivent les personnes principalement sur référence. Par analogie avec l'article 80, (...) les centres hospitaliers sont principalement appelés à intervenir en seconde ligne. Le partage entre chaque ligne, pour reprendre ce vocabulaire, n'est guère évident ».

Article 334 : Cet article décrit ce que la loi entend par organisme communautaire, « une personne morale constituée en vertu de la Loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme (...) ». À l'article 336, il est spécifié qu'une agence peut subventionner un organisme communautaire « s'il offre des services de prévention, d'aide et de soutien aux personnes de la région, y compris des services d'hébergement temporaire ».

Article 340 : « L'Agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région (...) ».

⁶⁶ Gouvernement du Québec (2005) Projet de loi 83. Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, sanctionné le 30 novembre 2005.

Parmi les responsabilités rattachées à cette mission figurent :

- de faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région;
- d'élaborer un plan stratégique pluriannuel et d'en assurer le suivi.

5.4.2 Les rôles et responsabilités

Agence :

- Élabore les orientations régionales;
- S'assure de l'élaboration et l'implantation des projets cliniques;
- Facilite l'actualisation des mesures retenues dans les projets cliniques;
- Soutient le développement ou la consolidation des partenariats intersectoriels;
- Assure le suivi de gestion du Programme-services Jeunes en difficulté.

CSSS (l'ensemble des missions)

- Élaborent le projet clinique de leur territoire;
- Coordonnent le Réseau local de services en jeunes en difficulté;
- Garantissent localement l'accès aux services, peu importe le mode d'organisation du RLS retenu;
- Assurent les activités de détection (repérage de la clientèle) des jeunes et des mères en difficulté d'adaptation et assurent les activités d'intervention brève;
- Assurent eux-mêmes ou facilitent l'accès :
 - à des services préventifs (Programme intégré 0-5 ans, Amis des bébés, Éveil à la lecture, Fluppy, Écoles en santé, consultation en matière de sexualité, etc.);
 - à des services généraux;
 - à des services spécifiques (réadaptation, crise ado-famille, négligence);
 - à du soutien dans la communauté ou des activités de réinsertion.
- Assurent la liaison et facilite l'accès aux services spécialisés de 2^e ligne pour les clients qui passent par la 1^{re} ligne;
- Coordonnent le PSI lorsque requis;
- Signalent à la DJP toute situation le justifiant.

Centre jeunesse :

- Assure la dispensation des services spécialisés en vertu de la LPJ et de la LSJPA et de certaines dispositions de la LSSSS et du Code civil du Québec (LPJ par la réception et le traitement de signalements, l'évaluation-orientation, l'application des mesures, la supervision des droits d'accès, la révision des situations / LSJPA par l'évaluation-orientation, la production de rapports prédecisionnels, l'application de sanctions extrajudiciaires et judiciaires, les procédures d'examen/ LSSSS pour la recherche des antécédents sociobiologiques, l'expertise psychosociale pour la Cour supérieure en matière de garde d'enfant et certains services de réadaptation / le Code civil en matière de recherche d'antécédents sociobiologiques et retrouvailles de même que l'adoption);
- Assure la liaison avec la 1^{re} ligne et les autres partenaires;
- Collabore au PSI lorsque requis;
- Coordonne les PSI dans les situations LPJ et LSJPA, lorsque requis;
- Soutient la 1^{re} ligne par son expertise;
- Assure l'hébergement en ressource de type familial pour les enfants lorsque requis;
- Signale à la DPJ toute situation le justifiant.

Villa Marie-Claire :

- Assure des services d'évaluation et de développement des compétences parentales ainsi que les services spécialisés de réadaptation des mères en difficulté d'adaptation avec enfants 0-5 ans (hébergement, suivis d'assistance éducative à domicile, centre de jour, scolarisation, services de soutien, contribution au Programme intégré 0-5 ans);
- Collabore au PSI lorsque requis;

- Coordonne le PSI lorsque requis;
- Assure la liaison avec la première ligne et les autres partenaires;
- Soutient la 1^{re} ligne par son expertise;
- Signale à la DPJ toute situation le justifiant.

Médecins de CSSS – Cliniques médicales (en GMF ou non) :

- Dispensent des services cliniques préventifs (Éducation, conseil, soins dans le cadre de suivis de grossesse, suivi du développement des enfants au cours des consultations, etc.);
- Soutiennent les RLS dans les situations d'enfants abusés ou les parents présentant des problèmes spécifiques pouvant mettre à risque leurs enfants (ex. : toxicomanie, santé mentale, violence conjugale, etc.);
- Assurent la détection de situations à travers leurs contacts avec les enfants, les adolescents ou leurs parents;
- Collaborent au PSI lorsque requis et plus largement, aux RLS;
- Signalent à la DPJ toute situation le justifiant.

CHUS :

- Agit à titre de Centre désigné pour la problématique des abus sexuels;
- Assure les activités de détection, d'évaluation et d'orientation de cas d'abus;
- Assure au DPJ et à son personnel l'accès aux services médicaux en maltraitance, pouvant l'appuyer dans l'établissement et l'interprétation des faits relativement à la situation de maltraitance de même que dans l'orientation à donner au dossier;
- Collabore avec les CSSS, la DPJ et la Villa Marie-Claire à l'offre de service des RLS;
- Collabore au PSI, lorsque requis;
- Signale à la DPJ toute situation le justifiant.

Commissions scolaires :

- Assurent la dispensation des services éducatifs visant à instruire, socialiser et qualifier;
- Assurent la dispensation de services à l'intérieur des services éducatifs complémentaires (Programme de service de soutien, Programme de services de vie scolaire, Programme de services d'aide, programmes de promotion et prévention / principalement sous la forme de services de psychologie, psychoéducation, éducation spécialisée, santé et services sociaux);
- Assurent les activités de détection (repérage de la clientèle) des jeunes en difficulté d'adaptation;
- Collaborent au PSI lorsque requis;
- Signalent à la DPJ toute situation le justifiant.

Centres de la petite enfance :

- Assurent l'offre de service de garde sur tout le territoire;
- Assurent les activités de détection (repérage de la clientèle) des jeunes en difficulté d'adaptation;
- Collaborent au PSI lorsque requis;
- Signalent à la DPJ toute situation le justifiant.

Centres de réadaptation : Centre Jean-Patrice Chiasson / Maison Saint-Georges, Regroupement CNDE-Dixville, Centre de réadaptation Estrie :

- Dispensent les services de réadaptation spécifiques à leur mission;
- Assurent les activités de détection (repérage de la clientèle) des jeunes en difficulté d'adaptation;
- Informent la DPJ de toute situation d'enfant placé depuis un an afin que la DPJ effectue une révision spéciale;
- Collaborent avec la 1^{re} ligne, le Centre jeunesse et la Villa Marie-Claire à l'offre de service des RLS et à la coordination requise dans les situations de jeunes en difficulté d'adaptation;
- Collaborent au PSI lorsque requis;
- Signalent à la DPJ toute situation le justifiant.

Organismes communautaires :

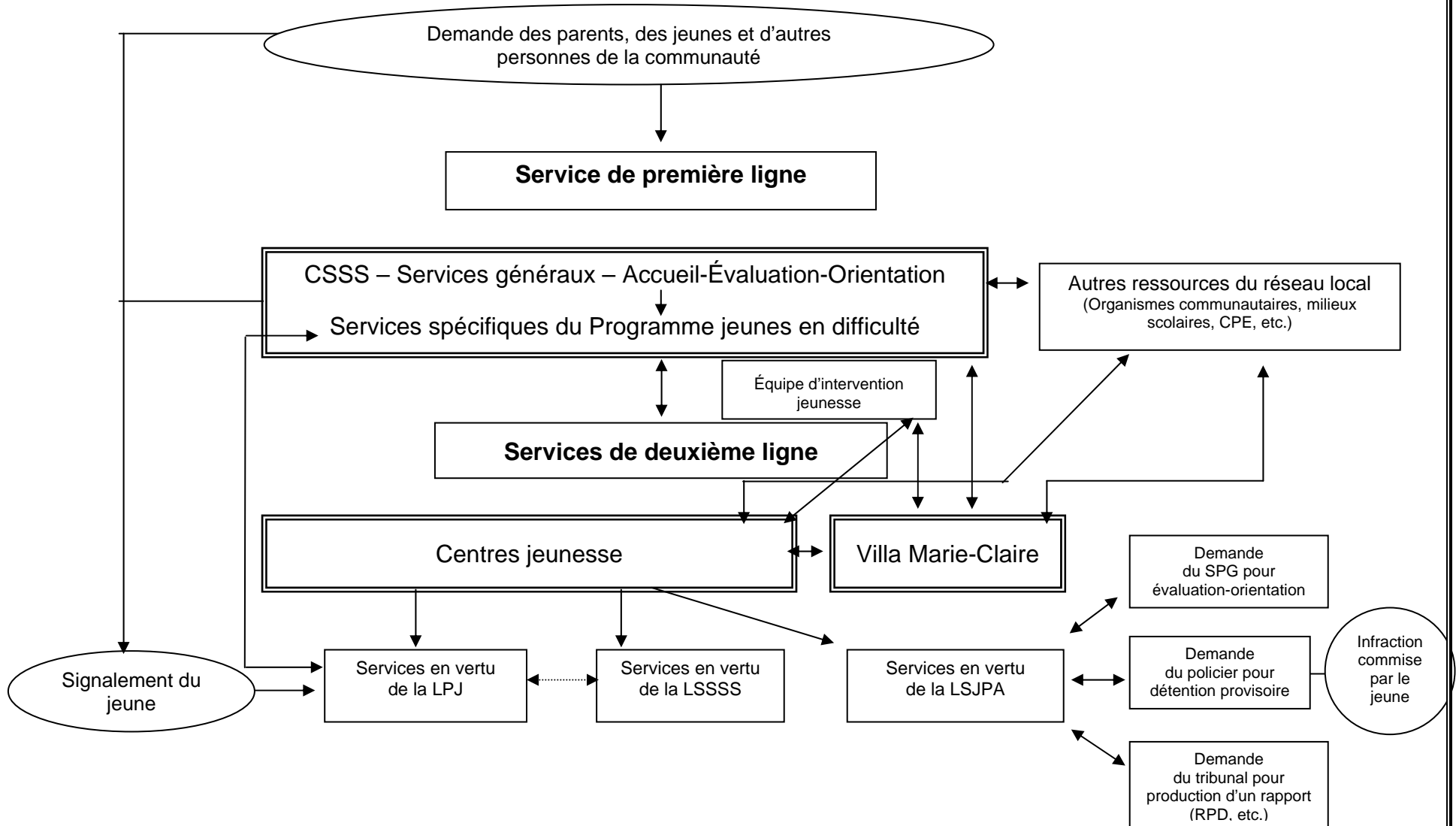
- Offrent des activités de sensibilisation, de soutien et d'entraide auprès des enfants, des jeunes et leurs familles;
- Soutiennent les milieux de vie;
- En collaboration avec le CSSS et le CJE, offrent des activités particulières liées à l'offre de service (répit-dépannage, stages de transition, hébergement 0-6 mois, supervision des droits d'accès, suivi de sanctions extrajudiciaires, etc.);
- Collaborent avec le CSSS au réseau local de services pour les jeunes en difficulté;
- Collaborent au PSI lorsque requis;
- Signalent à la DPJ toute situation le justifiant.

5.5 La trajectoire de services dans le cadre du Programme Jeunes en difficulté

Dans le document portant sur l'offre de service, le Ministère a produit un schéma illustrant les interfaces entre la 1^{re} et la 2^e lignes pour le Programme Jeunes en difficulté. Ce schéma a été complété pour refléter la réalité des liens entre les différents partenaires régionaux, dès que des problèmes sont manifestes.

Il importe toutefois de situer qu'en amont de l'intervention visant à traiter et protéger des jeunes en difficulté, l'amélioration de la santé et du bien-être des jeunes par des activités de promotion-prévention est indispensable pour influencer favorablement les déterminants de la santé et du bien-être de façon à permettre aux jeunes et à leur famille d'avoir un plus grand pouvoir sur leur vie, notamment par des interventions visant à éliminer ou diminuer les facteurs de risques et ainsi, à donner à chaque enfant les conditions propres à assurer le développement de son plein potentiel

5.5 TRAJECTOIRE DE SERVICES



Cette trajectoire est soutenue par des ententes de collaboration : le Protocole CLSC-CPE, l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, L'entente multisectorielle en matière d'abus sexuel, de mauvais traitement physique et d'absence de soins menaçant la santé des enfants (plusieurs ministères) et des protocoles avec les organismes communautaires.

6. LA REDDITION DE COMPTES

Il importe de mesurer l'actualisation des orientations régionales et nationales. Certaines cibles sont donc inscrites dans les ententes de gestion entre l'Agence et les établissements. D'autres figurent dans les activités de suivi de gestion.

Ainsi, au chapitre des ententes de gestion et conformément au cahier des charges, nous retrouvons les indicateurs qui suivent.

Les indicateurs relatifs aux services de première ligne offerts aux jeunes en difficulté :

Indicateurs nationaux :

1.6.1 Nombre de jeunes desservis en CLSC.

1.6.2 Nombre moyen d'interventions par jeune en CLSC.

1.6.3 Proportion de femmes de moins de 20 ans ayant accouché dans l'année rejointes par les SIPPE – Volet de Soutien aux jeunes parents.

Indicateurs nationaux en développement :

D-1.6A Nombre moyen d'interventions réalisées dans le cadre des SIPPE – Volet Soutien aux jeunes parents.

Indicateurs régionaux :

R.1.6.1 Nombre de jeunes inscrits au service de réadaptation du Programme Jeunes en difficulté (jeunes âgés entre 2 et 17 ans).

R.1.6.2 Nombre moyen d'interventions pour les jeunes inscrits au Service de réadaptation du Programme Jeunes en difficulté (jeunes âgés entre 2 et 17 ans).

R.1.6.3 Nombre de jeunes inscrits au Service de réadaptation du Programme Jeunes en difficulté pour lesquels un plan d'intervention est disponible au dossier.

R.1.6.4 Nombre de jeunes inscrits au service de réadaptation du Programme Jeunes en difficulté pour lesquels des activités de concertation avec les partenaires externes ont été réalisées.

R.1.6.5 Nombre de portraits synthèse (GRISE) produits par l'Agence.

R.1.6.6 Nombre d'enfants dont la sécurité et le développement ont été déclarés compromis au cours de l'année, selon le groupe d'âge et le territoire de CSSS.

Note : Le programme intégré 0-5 ans fait l'objet d'un suivi de gestion. Il implique le suivi des indicateurs nationaux 1.6.3 et D.1.6A. D'autres indicateurs régionaux sont aussi développés pour ce programme.

Les indicateurs relatifs aux services spécialisés offerts dans les centres jeunesse :

Indicateurs nationaux :

1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation LPJ (moyenne cumulative).

Complément : Nombre de jeunes en liste d'attente réelle à l'évaluation (moyenne cumulative).

1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures LPJ (moyenne cumulative).

Complément : Nombre de jeunes en liste d'attente à l'application des mesures (moyenne cumulative).

1.6.6 Nombre de semaines où le taux d'engorgement dans les unités régulières excède 8 % (moyenne cumulative).

Indicateurs nationaux en développement :

D-1.6-B Taux de nouveau placement en centre jeunesse.

D-1.6-C Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA.

Indicateurs régionaux :

R.1.6.7 Nombre d'application de mesures prises en charge (LPJ).

Tous ces indicateurs servent l'objectif de disposer de données, suffisamment précises, afin de suivre l'évolution de la prestation de service et ainsi pouvoir s'outiller de mieux en mieux pour vérifier l'atteinte des cibles et ajuster les services aux besoins de la population.

C'est pourquoi, conséquemment aux présentes orientations et aux modifications apportées à la LPJ, il faudra développer certains indicateurs concernant :

- 1) le suivi des jeunes référés par le Centre jeunesse de l'Estrie (signalement non retenu, non compromission après évaluation, services requis après fermeture de dossier ou services aux parents lorsque l'enfant est placé),
- 2) l'intervention en situation de crise et de suivi intensif dans le milieu,
- 3) les usagers bénéficiant d'un programme intégré en négligence,
- 4) la réduction des charges de cas en protection de la jeunesse
- 5) la réduction du roulement du personnel.

7. LES CONDITIONS DE RÉUSSITE ET ENJEUX

Afin d'actualiser les orientations régionales Jeunes en difficulté 2007-2010, certaines conditions de réussite doivent être remplies à différents niveaux : les ressources humaines, le soutien informatique et informationnel, le plan de communication et les ressources financières.

7.1 Les ressources humaines

De nombreux défis liés à la disponibilité des ressources humaines devront être relevés. Tous les partenaires seront aussi sollicités par les transformations de pratiques, sans oublier les personnes utilisatrices elles-mêmes et leurs proches.

La planification de main-d'œuvre – disponibilité des effectifs

Pour soutenir l'actualisation des orientations régionales dans le cadre du Programme-services Jeunes en difficulté, cela suppose une disponibilité d'effectifs ayant les qualifications requises tant en première qu'en deuxième ligne. Dès lors, un exercice de planification de la main-d'œuvre, incluant l'organisation du travail, s'avère nécessaire. La réponse à la pénurie de la main-d'œuvre anticipée dans le secteur des services psychosociaux doit s'actualiser par l'innovation des façons de faire, et ce, dans un contexte de rareté des ressources tant humaines que financières.

L'Agence coordonne la Table régionale des ressources humaines (TRRH) qui a pour mandat notamment de travailler sur les enjeux touchant la planification de la main-d'œuvre du personnel d'encadrement et du personnel salarié. De plus, un plan régional de planification de la main-d'œuvre 2007-2012 doit être déposé au mois d'octobre 2007 en soutien aux actions locales.

Compte tenu des besoins en ressources humaines au niveau de tous les programmes-services à déployer et des contextes suivants :

- départs à la retraite d'une forte proportion de « baby-boomers » au cours des cinq prochaines années;
- départs en congé de maternité d'une forte proportion de jeunes de la « génération Y »;

la planification de main-d'œuvre devient une activité stratégique d'importance pour que le réseau soit en mesure de recruter les effectifs requis dans le cadre du Programme-services Jeunes en difficulté afin de soutenir l'offre de service de chacun des réseaux locaux et des établissements régionaux.

Les titres d'emploi suivants sont particulièrement touchés :

Secteur des services sociaux

- Travailleur social et travailleuse sociale
- Agent et agente de relations humaines
- Psychoéducateur et psychoéducatrice
- Psychologue
- Technicien et technicienne en éducation spécialisée
- Technicien et technicienne en assistance sociale

Secteur – Administration

- Cadre
- Hors cadre

Des données régionales récentes (2006) indiquent que la vulnérabilité est prioritairement reliée au potentiel de congés de maternité à prévoir plutôt qu'au potentiel de départs à la retraite.

En résumé, afin de favoriser l'utilisation optimale des ressources disponibles, on vise en priorité l'organisation des processus de travail notamment dans le cadre des importants défis reliés à la mise en réseau des services en Estrie.

Le développement des compétences professionnelles

Un autre enjeu incontournable au niveau des ressources humaines porte sur l'élaboration d'un plan de développement des compétences afin de soutenir les ressources humaines dans les transformations à venir.

En 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a établi de nouvelles orientations ministérielles en matière de développement des compétences. Selon ces orientations et la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il est de la responsabilité du MSSS d'établir des orientations en matière de développement des compétences, de soutenir la réalisation de ces orientations, d'identifier des indicateurs de suivi de gestion et de structurer les mécanismes de reddition de comptes. Au regard des programmes nationaux de développement des compétences, cette responsabilité du Ministère se concrétise par l'expression d'orientations claires dans l'identification des besoins, l'élaboration de projets, l'évaluation de ces projets et leur financement⁶⁷.

Les agences de la santé et des services sociaux sont, quant à elles, responsables d'établir une vision intégrée du développement des compétences sur leur territoire au regard des priorités régionales et nationales. Enfin, les établissements sont reconnus comme les premiers responsables du développement des compétences issu de la planification stratégique et de la planification de main-d'œuvre de son organisation⁶⁸.

À la suite des changements à la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ), le MSSS a déployé un programme de formation afin d'habiliter les gestionnaires et les personnes intervenantes travaillant dans le cadre de la LPJ. En Estrie, la diffusion de ce programme a débuté au printemps 2007 et se terminera à la fin de février 2008.

⁶⁷ Document de consultation du MSSS – juin 2007.

⁶⁸ Idem à 1.

D'autre part, le MSSS est à identifier les besoins de formation pour les personnes intervenantes et les gestionnaires du secteur jeunesse du Programme-services Jeunes en difficulté pour 2007-2010. En lien avec ces priorités, des champs de compétences à développer seront ciblés ainsi que les personnels concernés par ces compétences.

Depuis 2003, la région a priorisé l'implantation de l'approche de Plan de services individualisé (PSI). Un cadre de référence a été adopté pour l'Estrie et des outils ont été élaborés. Pour 2007-2008, un budget de 10 000 \$ a été alloué pour le volet jeunesse afin de mettre en œuvre le plan de diffusion de la formation permettant l'implantation de cette approche PSI dans le secteur des jeunes.

Après l'adoption des orientations régionales et des projets cliniques des RLS estriens, le comité directeur évaluera la possibilité de mettre sur pied un comité de travail ayant comme mandat d'identifier les besoins en développement des compétences spécifiques à ce programme-services et les mesures à actualiser (formation, coaching, mentorat, etc.). Ce plan visera à supporter les changements de pratiques nécessaires à la mise en place des approches, pratiques et outils retenus par les différentes instances locales et régionales. Il devra prendre en considération le Plan national de formation pour le Programme-services Jeunes en difficulté et porter une attention particulière à l'acquisition des compétences pour une réponse aux besoins prenant en compte les différenciations observées entre les garçons et les filles.

Le Plan régional de développement des ressources humaines Jeunes en difficulté devra aussi favoriser la participation des intervenantes et des intervenants des autres programmes-services en interface ainsi que des ressources RI-RTF, des organismes communautaires, du réseau scolaire et des autres organismes concernés. Cette association multisectorielle aidera à développer un langage commun ainsi qu'une compréhension partagée des interventions et des outils privilégiés en Estrie.

7.2 Le soutien informatique et informationnel

Les systèmes d'information constituent des outils essentiels afin de supporter la pratique des cliniciens dans la prestation des services et des soins. De plus, ils apportent des informations très utiles à la gestion de ces soins et services.

L'information sert quatre fins : offrir les meilleurs services possibles à la population et aux individus, en temps opportun, et assurer la continuité des interventions; dresser un portrait le plus complet possible des clientèles à desservir et leurs besoins; soutenir l'adaptation continue de l'organisation et de la prestation de services cliniques; permettre une gestion efficace et efficiente.

Résultats attendus

Responsabilités partagées entre le MSSS et l'Agence :

- Faciliter la circulation de l'information et du savoir entre les intervenants et les organisations pour assurer l'accessibilité et la continuité des services;
- Mettre en place le Dossier Santé Québec (DSQ), un dossier de santé électronique partageable et ses volets demande de services et PSI.

Responsabilités partagées entre l'Agence, les CSSS, le Centre jeunesse de l'Estrie et la Villa Marie-Claire :

- Miser sur l'interdisciplinarité, la collaboration, la coopération et la coordination;
- Utiliser les technologies de l'information et des télécommunications comme levier pour offrir des moyens adaptés à la réalité d'intervention des intervenants et gestionnaires du réseau.

Responsabilités partagées entre l'Agence et les CSSS :

- Miser sur une application intégrée regroupant toutes les fonctions nécessaires au bon fonctionnement informationnel des réseaux locaux de services de santé et des services sociaux;
- Favoriser le regroupement régional des infrastructures.

Responsabilités des CSSS, du Centre jeunesse et de la Villa Marie-Claire :

- Assurer l'accès à l'information pertinente, au bon endroit et à la bonne personne.

État de situation en Estrie

L'Estrie dispose actuellement de plusieurs systèmes d'information pouvant supporter les activités du Programme-services Jeunes en difficulté. Notons cependant que ces systèmes communiquent peu ou pas les uns avec les autres. La mise en œuvre d'une première phase du Plan d'informatisation de l'Estrie (PRIE) permettra de rendre accessibles certains outils cliniques et, au fur et à mesure de leur mise en disponibilité, d'autres outils spécifiques à ce programme-services s'ajouteront à cette liste, le tout en respectant le consentement des clients et en protégeant leur vie privée. Ce plan a comme objectif principal de faciliter la circulation d'informations cliniques par la mise en place d'un dossier clinique partageable au niveau régional, selon les modalités prescrites par le cadre légal en vigueur. Selon la planification actuelle, une partie importante de cette première phase devrait être installée d'ici le 30 décembre 2008. Un exercice d'arrimage entre le plan régional et le projet du Dossier Santé Québec au niveau provincial est en cours afin d'assurer une complémentarité des actions. Les principales applications utilisées dans le cadre du Programme-services Jeunes en difficulté sont :

- PIJ (SCJ et SSP) au Centre Jeunesse et à la Villa Marie-Claire ; SIRTF au Centre Jeunesse, à la Villa Marie-Claire et en CSSS, I-CLSC en CSSS, Ariane au CHUS, etc.;
- Le logiciel Gestred, pour le suivi des indicateurs provinciaux et régionaux.

Conditions gagnantes

- Coordination des travaux d'informatisation provinciaux et régionaux;
- Mise en place d'un mécanisme efficace de gestion du consentement des usagers;
- Ressources financières suffisantes pour le développement, la mise en œuvre et par la suite, l'entretien des solutions;
- Participation des partenaires cliniques au développement des solutions afin d'assurer leur adhésion à celles-ci.

7.3 Le plan de communication

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence souhaitent de façon spécifique que l'offre de service du Programme-services Jeunes en difficulté soit connue de la population, des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et des différents publics cibles concernés.

Pour favoriser l'atteinte de cet objectif, l'Agence s'assurera de supporter les travaux des centres de santé et de services sociaux leur permettant, ainsi qu'à leurs partenaires, de se doter et de réaliser un plan de communication visant à joindre l'ensemble des publics cibles concernés. Notamment, les centres de santé et de services sociaux s'assureront de développer avec le Centre jeunesse de l'Estrie et la Villa Marie-Claire un plan de communication intégré, ces établissements étant, par leur mission des partenaires incontournables dans le dossier des jeunes en difficulté.

Pour leur part, les centres de santé et de services sociaux et leurs partenaires régionaux et communautaires, avec le support de l'Agence, ont convenu de se doter d'une stratégie de communication forte afin que les différents publics cibles soient rejoints, soit par les centres de santé et de services sociaux, le Centre jeunesse de l'Estrie, les autres établissements, le Département régional de médecine générale, les groupes communautaires ou l'Agence, et ce, en conformité avec les orientations ministérielles ainsi qu'avec le plan de communication élaboré par le Comité conjoint de communication Agence-CSSS-Partenaires.

Les publics cibles visés sont la population locale, les partenaires des réseaux locaux, le personnel des établissements et des organismes communautaires, les membres du Département régional de médecine générale, la population de l'Estrie, les instances régionales, les instances locales réunies régionalement, etc.

➤ Les résultats attendus en 2007-2010

Le plan de communication des centres de santé et de services sociaux, de leurs partenaires et de l'Agence visera notamment les résultats suivants pour 2007-2010 :

Responsabilité de l'Agence, en collaboration avec les CSSS et leurs partenaires :

- Faire connaître les orientations nationales et régionales en regard du Programme-services Jeunes en difficulté.
- Soutenir, à leur demande, les centres de santé et de services sociaux pour l'élaboration et la réalisation de leurs plans de communication sur ce dossier.
- Soutenir les centres de santé et de services sociaux dans l'actualisation de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS), dans l'élaboration et la réalisation de leurs plans de communication (ex. : choix du public cible, choix des moyens de communication, contenu présenté, style de langage, etc.).
- Faire connaître la situation actuelle de l'Estrie et les perspectives, notamment en apportant une attention particulière pour rejoindre les parents et les inciter à consulter tôt.

Responsabilités des centres de santé et de services sociaux, en collaboration avec l'Agence et les autres partenaires :

- Élaborer et réaliser un plan de communication dans chaque MRC afin, notamment :
 - de faire connaître à la population de chaque MRC le projet d'élaboration du Programme-services Jeunes en difficulté (objectifs, plan d'action, calendrier, etc.) et son évolution;
 - informer la population de chaque MRC des services disponibles et des modalités d'accès et de fonctionnement de ces services.

Responsabilités des autres partenaires (le ROC Estrie, les établissements régionaux dont le Centre jeunesse de l'Estrie, la Villa Marie-Claire le Département régional de médecine générale), en collaboration avec l'Agence et les centres de santé et de services sociaux :

- Participer à l'élaboration du Plan de communication sur le Programme-services Jeunes en difficulté.
- Réaliser leurs communications internes.

➤ Les conditions de réussite

- Convenir d'un message commun et de messages spécifiques, selon les besoins et les situations, ainsi que des modalités de diffusion.

7.4 Les ressources financières

Depuis bon nombre d'années, les budgets historiques des établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont reconduits d'année en année. Or, le nouveau mode d'allocation du MSSS a pour objet de remplacer progressivement cette budgétisation historique des établissements.

La démarche est maintenant basée sur une approche populationnelle qui tient compte des besoins de la population et des caractéristiques régionales à l'intérieur du cadre des programmes-services. Le nouveau mode d'allocation calcule une enveloppe globale pour chaque région, laquelle est ensuite répartie entre les établissements par l'Agence de la santé et des services sociaux.

Le MSSS établit une dépense attendue pour chaque programme. L'utilisation des programmes-services dans la nouvelle budgétisation des régions nécessite d'abord d'estimer la part des crédits nécessaires à chaque programme afin d'offrir les services à la clientèle.

Après avoir estimé une dépense de référence par programme, à l'aide du contour financier, et estimé une dépense attendue également par programme, le MSSS détermine les écarts régionaux. Ces derniers sont calculés par programme et globalement par la suite. Ce sont les écarts globaux (somme de tous les écarts par programme) qui sont retenus pour mesurer les écarts entre la budgétisation historique et celle provenant du nouveau mode d'allocation.

Ensuite, les crédits de développement sont partagés entre les régions au prorata de la somme des dépenses attendues des programmes-services. Une fois répartis, ces crédits de développement constituent une enveloppe régionale globale. Cette dernière est ensuite distribuée entre les établissements par les agences et signifiée au MSSS dans le cadre des ententes de gestion.

En Estrie, selon le nouveau mode de budgétisation, nous avons un **sur-financement de 2,4 M\$** pour le programme **Jeunes en difficulté** mais un écart total de **sous-financement** pour tous les programmes de 39,8 M\$. **Ainsi, le programme Jeunes en difficulté correspond au deuxième programme le moins pauvre en Estrie** (en fonction de la dépense attendue 2007-2008).

**Richesse relative des programmes
Région 05 - 2007-2008**

Programmes	Écart de financement positif = sous-financement négatif = sur-financement	Dépense attendue 2007-2008	Pourcentage de l'écart sur la dépense attendue
	A	B	C A/B
Dépendances	709 424	3 527 019	20,11 %
Santé mentale	7 072 662	35 763 768	19,78 %
Déficiência intellectuelle et TED	2 487 209	20 610 483	12,07 %
Services généraux	1 809 925	21 337 710	8,48 %
Santé physique	19 287 257	256 387 680	7,52 %
Santé publique	1 809 678	12 296 311	14,72 %
Administration et soutien	5 477 553	106 485 240	5,14 %
Perte d'autonomie	3 724 161	105 440 347	3,53 %
Gestion des bâtiments	1 620 741	55 904 603	2,90 %
Jeunes en difficulté	(2 396 551)	36 642 613	(6,54)%
Déficiência physique	(1 803 045)	19 092 246	(9,44)%
Total	39 799 014 \$	673 488 020 \$	5,91 %

La nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse vient confirmer l'importance de financer particulièrement les services de 1^{re} ligne et d'assurer l'intensité de services requise dans les situations de protection de la jeunesse.

PARTIE III

PLAN RÉGIONAL DE MISE EN ŒUVRE

8. LE PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE L'AGENCE CONCERNANT LES ORIENTATIONS RÉGIONALES 2007-2010 JEUNES EN DIFFICULTÉ

Des enfants, des jeunes et des familles dont les difficultés s'amointrissent plutôt que de se structurer, ou qui reçoivent une réponse adaptée à leur souffrance, tel est le sens du travail à accomplir.

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, avec la collaboration des établissements et des organismes partenaires, mettra en œuvre les orientations retenues dans le cadre d'un plan pluriannuel. Ce plan doit contenir :

- La vision régionale, en fonction de la connaissance de l'état de santé et de bien-être, des besoins sociosanitaires et des particularités de la population;
- Les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, de l'organisation et de la gestion des services;
- Les mandats et responsabilités qui en découlent pour les établissements et organismes;
- Les mécanismes de coordination régionale et de mobilisation des partenaires dans la mise en œuvre;
- Les modalités de soutien aux établissements dans l'organisation des services et au niveau des arbitrages nécessaires pour garantir l'accès, la qualité, la continuité des services ainsi que la gestion efficace et efficiente des ressources;
- Les recours à diverses modalités et mécanismes adaptés à la réalité régionale pour informer la population, la mettre à contribution et connaître sa satisfaction à l'égard de l'organisation des services et des résultats obtenus.

Le plan régional de mise en œuvre comporte un état de situation sommaire; les actions à poser par l'Agence, conformément à son mandat, pouvant contribuer à l'atteinte de certains résultats et la précision des conditions qui pourraient faciliter ou appuyer les actions à entreprendre.

À ce stade-ci, le plan de mise en œuvre porte sur les actions sur lesquelles l'Agence est prête à s'engager. Il faut attendre l'aboutissement des travaux sur le projet clinique Jeunes en difficulté de chaque CSSS et le résultat de leurs échanges avec leurs partenaires, notamment le Centre Jeunesse de l'Estrie et la Villa Marie-Claire, pour disposer d'un plan de mise en œuvre complété pour le Programme-services Jeunes en difficulté.

Il s'agira donc dans cette section de présenter un aperçu sommaire des actions envisagées par l'Agence pour l'atteinte de résultats spécifiques en regard des orientations retenues.

Sommaire des priorités retenues pour le Programme-services Jeunes en difficulté

Accessibilité :

En amont du Programme-services Jeunes en difficulté

- Poursuivre le déploiement des activités de Santé publique dans le domaine du développement, de l'adaptation et l'intégration sociale des enfants et des jeunes;
- Développer la perception dans la population et chez les parents que consulter le plus tôt possible n'est pas un échec et qu'ils seront aidés sans être jugés;
- Renforcer la détection des risques et des problèmes auprès des enfants, des jeunes et des familles afin d'intervenir le plus tôt possible;
- Développer dans les CSSS le suivi psychosocial des services généraux pour les enfants, les jeunes ou les familles qui présentent des risques ou des problèmes, avant que les situations se détériorent;

Spécifiquement pour le Programme-services Jeunes en difficulté

- Développer les services psychosociaux à l'intérieur des programmes spécifiques jeunes en difficulté;
- Poursuivre le développement dans les CSSS du soutien direct aux familles;
- Développer dans les CSSS l'intervention en situation de crise et de suivi intensif dans le milieu;
- Améliorer les services de réadaptation auprès des jeunes en difficulté, tant en 1^{re} ligne qu'en 2^e ligne;
- Rendre accessible un programme intégré assurant la complémentarité entre la 1^{re} ligne et la 2^e ligne, pour les enfants et les jeunes victimes de négligence;
- Renforcer l'intensité des services spécialisés afin de maintenir les enfants et les jeunes dans leur milieu ou les y retourner le plus rapidement possible.

Continuité :

- Établir des mécanismes de liaison formels entre les programmes de santé publique, les services généraux et spécifiques Jeunes en difficulté des CSSS, les services spécialisés pour les jeunes en difficulté et les autres programmes-services;
- Accentuer le partenariat intersectoriel entre les différents acteurs du réseau de services aux jeunes en difficulté;
- Accentuer la réalisation de plans de services individualisés permettant la participation active des enfants, des jeunes en difficulté et leurs parents;
- Réduire le roulement du personnel œuvrant auprès des enfants et des jeunes en difficulté afin de favoriser l'établissement et la continuité d'une relation de confiance essentielle à l'intervention.

Qualité :

- Assurer la réalisation de plans d'intervention reposant sur une évaluation des problématiques et des meilleures pratiques d'intervention;
- Renforcer l'utilisation commune d'outils validés pour l'évaluation des problématiques vécues par les enfants, les jeunes et leurs familles;
- Développer ou implanter de façon concertée les meilleures pratiques d'intervention pour chacune des problématiques Jeunes en difficulté.

PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE L'AGENCE

En regard de l'accessibilité – En amont du Programme-services Jeunes en difficulté :

- A) - Poursuivre le déploiement des activités de Santé publique dans le domaine du développement, de l'adaptation et l'intégration sociale des enfants et des jeunes;**
- **Développer la perception dans la population et chez les parents que consulter le plus tôt possible n'est pas un échec et qu'ils seront aidés sans être jugés;**
 - **Renforcer la détection des risques et des problèmes auprès des enfants, des jeunes et des familles afin d'intervenir le plus tôt possible;**
 - **Développer dans les CSSS le suivi psychosocial dans les services généraux pour les enfants, les jeunes ou les familles qui présentent des risques ou des problèmes, avant que les situations se détériorent.**

État de situation	Actions à poser	Conditions favorables
<p>Il existe plusieurs activités de santé publique dans le domaine du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale. Les activités de santé publique rejoignent toutefois des clientèles particulières et ne couvrent pas l'ensemble des besoins de soutien psychosocial des enfants, des jeunes ou de leurs parents. Également, lorsque requis, il y a un besoin d'assurer une rapidité d'accès à tous les autres programmes-services.</p> <p>Enfin, il existe un volume appréciable d'enfants, de jeunes et de parents à risque de présenter des difficultés qui consultent souvent tardivement, leurs situations nécessitant alors davantage l'utilisation de programmes spécifiques ou spécialisés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre le déploiement des différentes activités de Santé publique; - Consolider l'offre de service psychosociaux dans les CSSS, notamment pour la consultation à court terme (services généraux); - Appuyer les CSSS dans la mise en place de mécanismes pour assurer la continuité entre les différents programmes-services, notamment les services généraux, les services Santé mentale et les services spécifiques Jeunes en difficulté; - Favoriser la mise en réseaux des différents partenaires des réseaux locaux, notamment dans la formation des intervenants pour la détection et la référence; - Soutenir la réalisation des plans de communication des CSSS sur l'offre de service Jeunes en difficulté, en mettant l'accent sur les besoins des familles auxquels répond l'offre de service et en stimulant l'intérêt de consulter. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dans les CSSS, plusieurs activités de santé publique qui rejoignent une clientèle ciblée : Programme d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants 0-5 ans et de leur famille vivant en contexte de vulnérabilité (volets OLO, extrême pauvreté et jeunes parents); Programme de développement des habiletés sociales Fluppy; Approche École en santé en implantation; - Réseaux d'organismes communautaires et de milieux de garde offrant de multiples activités de sensibilisation ou de soutien; - Divers services éducatifs complémentaires offerts par les commissions scolaires; - Implantation de la nouvelle LPJ (nouvelle philosophie d'intervention, formation, mécanismes de référence personnalisée...); - Mobilisation des différents partenaires; - Expertise des établissements spécialisés.

En regard de l'accessibilité – Spécifique au Programme-services Jeunes en difficulté :

- B) - Développer les services psychosociaux à l'intérieur des programmes spécifiques jeunes en difficulté;**
- Développer dans les CSSS l'intervention en situation de crise et de suivi intensif dans le milieu par une équipe dédiée;
- Améliorer les services de réadaptation auprès des jeunes en difficulté, tant en 1^{re} ligne qu'en 2^e ligne;
- Rendre accessible un programme intégré assurant la complémentarité entre la 1^{re} ligne et la 2^e ligne, pour les enfants et les jeunes victimes de négligence;
- Poursuivre le développement dans les CSSS du soutien direct aux familles;
- Renforcer l'intensité des services spécialisés.

État de situation	Actions à poser	Conditions favorables
<p>Peu de services spécifiques sont présentement développés dans les CSSS pour les enfants, les jeunes en difficulté et leurs familles.</p> <p>Au niveau de la négligence, l'intervention réalisée dans le cadre des activités de santé publique est de nature préventive plutôt que curative et elle rejoint essentiellement les familles d'enfants de 0-5 ans. Pour les troubles de comportement, un programme de réadaptation est en voie d'implantation. D'autre part, en situation de crise, les CSSS interviennent mais aucun programme n'est développé pour intervenir au-delà de cette crise, à moins que l'enfant ou le jeune présente un trouble de comportement nécessitant sa participation au programme de réadaptation.</p> <p>De par leurs responsabilités, le CJE et la Villa Marie-Claire offrent des services spécialisés auprès des enfants et des jeunes en difficulté. Le CJE intervient particulièrement lorsqu'une situation est retenue pour des motifs exceptionnels et la vision d'intervention privilégiée par la nouvelle LPJ favorise le milieu de vie. Il en découle la nécessité de rehausser l'intensité des services actuels en CJE pour les situations plus graves, mais avant tout, il importe d'assurer une offre de service adéquate dans les CSSS. Enfin, la région peut bénéficier de la présence de la Villa Marie-Claire afin de compléter l'offre de service auprès des mères en difficulté d'enfants de 0-5 ans.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser le développement de l'offre de service psychosociaux dans les CSSS dans les programmes spécifiques Jeunes en difficulté (plus grande intensité d'intervention). - Soutenir les CSSS dans l'implantation du Programme d'intervention en situation de crise et de suivi intensif dans le milieu; - Contribuer aux travaux régionaux des CSSS, du CJE et de la VMC afin de développer un programme intégré en négligence; - Faire le suivi de la consolidation des programmes de réadaptation auprès des jeunes en difficulté dans les différents établissements; - Favoriser la mise en réseaux de différents partenaires dans le développement des programmes, formation incluse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un programme reconnu pour l'intervention en situation de crise et de suivi intensif dans le milieu; - Connaissance des meilleures pratiques sur les programmes de réadaptation pour les jeunes présentant des troubles de comportement; - Expertise (universités, établissements); - Résultats des travaux antérieurs MSSS-MELS sur les troubles de comportement; - Mise en place de deux équipes d'intervention Jeunesse; - Mobilisation des partenaires régionaux; - Investissements financiers du gouvernement pour soutenir l'implantation de la nouvelle LPJ.

En regard de la continuité :

- C) - **Établir des mécanismes de liaison formels entre les services de santé publique, les services généraux et spécifiques Jeunes en difficulté des CSSS, les services spécialisés pour les jeunes en difficulté et les autres programmes-services;**
- **Accentuer le partenariat intersectoriel entre les différents acteurs du réseau de services aux jeunes en difficulté.**

État de situation	Actions à poser	Conditions favorables
<p>Il existe plusieurs ententes de partenariat qui soutiennent l'offre de service aux jeunes en difficulté, mais ces mécanismes de liaison sont tributaires du développement des programmations des établissements ou des organismes. D'autre part, il existe des mécanismes, souvent informels, afin d'assurer la jonction entre les différents services des partenaires mais aussi à l'intérieur même des établissements comme en témoignent les CSSS au sujet des liens entre leurs services psychosociaux généraux et leurs services spécifiques Jeunes en difficulté. Enfin, lorsqu'il y a des ententes de partenariat, celles-ci ne s'actualisent pas nécessairement toutes avec la même efficacité, certaines sont à réviser. Il y a également la multiplicité des façons de faire selon les territoires de desserte ainsi que la présence de listes d'attente qui viennent ternir la continuité de services pour les enfants et les jeunes en difficulté auprès de qui intervenir le plus tôt possible s'avère essentiel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire connaître les orientations régionales pour les jeunes en difficulté auprès des différents intervenants et de la population; - Appuyer les CSSS dans la mise en place de mécanismes pour assurer la continuité entre les différents programmes-services de leurs établissements, notamment les services généraux, les services Santé mentale et les services spécifiques Jeunes en difficulté; - Soutenir les CSSS, le CJE et la VMC dans la révision de leurs mécanismes de liaison entre eux et avec les autres établissements (CR, CHUS) et partenaires intersectoriels (milieux de garde, scolaires, communautaires...); - Accompagner le Comité directeur pour les services à l'enfance et à la jeunesse dans la révision des mécanismes de concertation régionale, afin de permettre la mise en réseau optimale des différents acteurs auprès des jeunes en difficulté; - Poursuivre la relance de l'entente de complémentarité MSSS-MELS; - Soutenir l'application de la nouvelle LPJ, notamment aux plans des arrimages du Centre Jeunesse avec ses partenaires et de la formation; - Favoriser une utilisation performante des systèmes d'information clientèle; - Privilégier des formations regroupant des partenaires intersectoriels lorsque possible. 	<p>Offre de service des établissements complétée; rôles et responsabilités bien identifiés et connus;</p> <p>Soutien logistique adéquat dont le financement, l'accès à l'information...;</p> <p>Travaux du Comité directeur pour les services à l'enfance et à la jeunesse sur les mécanismes de concertation;</p> <p>Travaux sur l'entente de complémentarité MSSS-MELS; guichets tripartites CSSS-CJE-Commissions scolaires;</p> <p>Mise en place de deux équipes d'intervention Jeunesse;</p> <p>Impacts de la nouvelle LPJ sur les pratiques, particulièrement au niveau des références personnalisées et de la gestion de la confidentialité;</p> <p>Cadre de relations CSSS-Organismes communautaires, modèles de protocoles d'entente entre partenaires.</p>

D) Accentuer la réalisation de plans de services individualisés permettant la participation active des enfants, des jeunes en difficulté et leurs parents.

État de situation	Actions à poser	Conditions favorables
<p>La situation de certains enfants ou jeunes en difficulté requiert un PSI. L'ampleur ou la comorbidité des problématiques peuvent motiver cette pratique mais souvent, elle est reliée au fait qu'intervenir auprès d'un enfant ou d'un jeune relève de plusieurs ressources qui doivent ainsi coordonner leurs actions (école, milieu de garde, intervenants du réseau, parents, etc.) La réalisation de PSI lorsque requise progresse en région mais elle n'est pas complètement acquise, ni en nombre de PSI réalisés, ni au niveau des façons de faire, comme d'impliquer l'enfant, le jeune et ses proches dans la démarche.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faire le pont entre les travaux nationaux relatifs aux PSI et ceux sur l'implantation du Cadre de référence régional PSI; - Poursuivre la formation d'experts cliniques PSI dans les établissements et continuer de supporter l'implantation d'outils cliniques PSI pour la clientèle des jeunes en difficulté; - Favoriser des formations regroupant des partenaires intersectoriels; - Soutenir les gestionnaires dans l'implantation du Cadre de référence régional sur les PSI . 	<p>Cadre de référence régional sur les PSI, travaux du Comité d'implantation du cadre de référence;</p> <p>Mise en place de deux équipes d'intervention Jeunesse; guichets tripartites CSSS-CJE-Commissions scolaires;</p> <p>Supervision clinique des intervenants; Connaissance des meilleures pratiques auprès des clientèles.</p>

E) Réduire le roulement du personnel œuvrant auprès des enfants et des jeunes en difficulté afin de favoriser l'établissement et la continuité d'une relation de confiance essentielle à l'intervention.

État de situation	Actions à poser	Conditions favorables
<p>Le Programme Jeunes en difficulté est axé sur l'aide psychosociale qui requiert l'établissement de relations significatives usagers/intervenants pour favoriser l'évolution des situations. Or, dans ce domaine d'intervention, les problèmes des enfants ou des jeunes ne se présentent pas toujours de façon précise et plusieurs interventions peuvent se dérouler avant la détermination d'un diagnostic. D'autre part, les situations peuvent s'avérer multi-problématiques et exiger un arrimage entre les programmes-services. Dans ce contexte, il est nécessaire d'apporter une attention particulière pour qu'auprès d'un enfant ou d'un jeune ne se succède une multitude d'intervenants.</p> <p>Également, vient se coupler à ces problèmes, le roulement de personnel. Les établissements CSSS, CJE et VMC identifient des moyens de réduire l'effet des mouvements de personnels. Toutefois, toutes ces démarches ne sont pas synonymes, pour autant, de relation de confiance et de continuité minimale. Des critères de gestion des ressources humaines intégrant l'efficacité des actes professionnels, la charge de travail et le taux d'encadrement sont particulièrement développés au CJE et à la VMC.</p> <p>Enfin, l'état de situation actuel sur la planification de main-d'œuvre laisse entrevoir des difficultés de recrutement, particulièrement dans le domaine social (ex. travailleur social, psychoéducateur, etc.)</p> <p>Il est impératif de dresser le portrait de la continuité relationnelle dans les établissements et d'identifier des moyens de réduire le roulement du personnel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuer à la clarification des mécanismes de liaison avec les autres programmes-services ou les services spécialisés ou les partenaires intersectoriels, notamment pour les clientèles des Services généraux et Santé mentale; - Poursuivre la coordination de la Table régionale des ressources humaines : dépôt d'un plan régional de planification de main-d'œuvre; - S'assurer que la planification des activités de développement des compétences tient compte du roulement de personnel. - Soutenir les gestionnaires dans l'implantation du Cadre de référence régional sur les PSI . 	<p>Offre de service des établissements complétée; rôles et responsabilités bien identifiés et connus;</p> <p>Mise en place de deux équipes d'intervention Jeunesse; guichets tripartites CSSS-CJE-Commissions scolaires;</p> <p>Supervision clinique des intervenants;</p> <p>Cadre de référence régional sur les PSI, travaux du Comité d'implantation du cadre de référence;</p> <p>Actions des établissements pour documenter leur taux de roulement du personnel et identifier des moyens de le réduire (ex. orientations à l'embauche, formation continue, supervision professionnelle, travail d'équipe, etc....);</p> <p>Table régionale des ressources humaines.</p>

En regard de la qualité :

- F) - Assurer la réalisation de plans d'intervention reposant sur une évaluation des problématiques et des meilleures pratiques d'intervention;**
- Renforcer l'utilisation commune d'outils validés pour l'évaluation des problématiques vécues par les enfants, les jeunes et leurs familles;
- Développer ou implanter de façon concertée les meilleures pratiques d'intervention pour chacune des problématiques Jeunes en difficulté.

État de situation	Actions à poser	Conditions favorables
<p>L'utilisation d'outils cliniques validés et communs pour intervenir auprès des jeunes en difficulté demeure un élément incontournable de l'offre de service aux jeunes en difficulté. Actuellement, les CSSS indiquent une progression constante de la présence de PI aux dossiers des usagers, contrairement au CJE et à la VMC pour qui ce serait pratique courante. Quant à l'utilisation d'outils d'évaluation validés et communs, des questions demeurent : on dispose d'outils communs par établissement sauf pour un outil qui a fait l'objet d'une entente régionale spécifique (le GRISE); l'utilisation de cet outil n'est toutefois pas acquise. Enfin, l'utilisation des meilleures pratiques d'intervention repose entre autres sur les liens des établissements avec le milieu universitaire.</p>	<p>Favoriser les liens entre les milieux d'intervention et les milieux de la recherche pour le développement des meilleures pratiques;</p> <p>Soutenir les partenaires dans l'identification d'outils d'intervention communs et validés;</p> <p>Soutenir le développement et l'implantation de guides des meilleures pratiques;</p> <p>Poursuivre la reddition de comptes sur certains indicateurs de qualité des programmes tels que les plans d'intervention et l'utilisation d'outils d'évaluation, notamment ceux convenus régionalement.</p> <p>Favoriser l'échange d'expertise entre les dispensateurs de services aux jeunes en difficulté.</p>	<p>Connaissance des meilleures pratiques d'intervention (actuellement, pour le programme de réadaptation, plan de formation adapté);</p> <p>Liens des établissements avec les universités (programme CAFE, outil GRISE : expertise régionale déjà impliquée auprès des établissements);</p> <p>Suivi de gestion des programmes;</p> <p>Formation et supervision des intervenants; formation sur les PI/PII pour les intervenants des CSSS, à venir formation sur les PSI.</p>

BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Programme-services Déficience intellectuelle-troubles envahissants du développement, Estrie 2007-2010*, février 2007, 41 pages.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Programme-services Déficience physique Estrie 2007-2010*, février 2007, 51 pages.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Programme-services Dépendances, Estrie 2006-2010*, Mai 2007, 67 pages.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Programme-services Santé mentale, Estrie 2006-2010*, décembre 2006, 97 pages.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Programme-services Services généraux, Estrie 2007-2010*, novembre 2005, 84 pages.

Association des centres jeunesse du Québec, *Une famille pour chaque enfant, des racines pour la vie, Nos enfants*, Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse 2007, 38 pages.

Association des centres jeunesse du Québec et Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle, *Cadre de référence à l'élaboration d'ententes pour un meilleur partage de responsabilités CJ – CRDI*, 2005.

Association des centres jeunesse du Québec et Association des CLSC et des CHSLD du Québec, *Service à la jeunesse – CLSC et Centres jeunesse – Des établissements qui s'appuient pour les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille*, Montréal, 1998, 20 pages.

Baril, K., TOURIGNY, M., Hébert, M., & Cyr, M. (soumis) *La victimisation sexuelle des enfants : État de la recherche empirique au Québec*. Dans J.Levy, A. Dupras et S. Longpré-Marcoux (Éds). Dictionnaire de la sexualité au Québec.

Bouchard, C., Gagné, M.H.(2000). *Validation sociale du construit «Violence psychologique» dans le cas des enfants maltraités*, Revue canadienne et service social, vol. 17, n° 2, pp. 225-244.

Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, *Les mauvais traitements physiques et psychologiques envers les enfants, bilan des connaissances*, 2005, 60 pages.

Dumais, J.E. *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Éditions De Boeck université, 2002, 519 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Protocole CLSC – CPE, *Guide d'implantation, entente-cadre et protocole-type*, mars 2002.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de l'Éducation, des loisirs et des sports, *Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite*, Québec, 2002, 59 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Analyse différenciée selon le sexe dans le secteur de la santé et des services sociaux. Cahier de formation pour les gestionnaires*, 2005.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'architecture des services de santé et des services sociaux*, janvier 2004, p. 17-18.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006*, Québec 2006, 659 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Principales modifications apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse (Projet de Loi No 125)*, juin 2006, 6 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, 2002, 48 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Les documents ministériels en appui aux projets cliniques, projet clinique jeunesse*, document de travail, mars 2006, p. 26.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Offre de service, Programme jeunes en difficulté*, document de consultation, mai 2005, 60 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, Cadre de référence. 2004, 79 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *De la complicité à la responsabilité*, Rapport du Comité sur continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille, 2004, 93 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Indicateurs repères relatifs à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse 1997-1998 à 2004-2005*, décembre 2005, 526 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Normes relatives à la pratique à l'intention des établissements et des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux*, 2005, 30 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Loi 125 adoptée en juin 2006.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *L'application de la loi sur le système de justice pénale pour les adolescents dans les centres jeunesse (2004)*, manuel de référence, 2004.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Lignes directrices permettant d'établir un régime particulier de protection de la jeunesse pour les autochtones*, Québec, 2004.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de l'Éducation, *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes, Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, Québec, 2003, 40 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2005, 47 pages.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Offre de service, Services psychosociaux généraux 2007-2012*, document de consultation, version du 14 décembre 2006.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2005), Projet de loi 83. *Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives*, sanctionné le 30 novembre 2005.

LeBlanc, M., Morizot, J. (2000), *Trajectoires délinquantes communes, transitoires et persistantes, Une stratégie différentielle*, dans Vitaro F., et coll. Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, Ste-Foy, Presses de l'Université du Québec, pp. 291-325.

Pampalon, R., Hamel, D. et Raymond, G. *Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec*. Mise à jour 2001. Institut national de santé publique du Québec, 2004.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Modèle d'organisation de service pour les jeunes en difficulté*, mai 2001, 69 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007*, 2003.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Projet d'ajustement au modèle d'organisation des services aux jeunes en difficulté d'adaptation*, Réseau de la santé et des services sociaux et Réseau de l'éducation de l'Estrie, novembre 2001, 32 p.

TOURIGNY, M., et al., *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec*, 2002, 216 pages.

TROCMÉ, N., et al., *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*, Ottawa, Travaux publics et services gouvernementaux du Canada, 2001.

PAUZE, R., et al., *Portrait des jeunes âgés de 0-17 ans référés à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec, leurs parcours dans les services et leur évolution dans le temps*, Étude financée par le Fonds pour l'Adaptation des Services de Santé et par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale, 2004.

VITARO, F. et GAGNON, C., *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*, Presses de l'Université du Québec, Tome I, 527 pages.

VITARO, F. et GAGNON, C., *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*, Presses de l'Université du Québec, Tome II, 614 pages.

Portrait détaillé : Les données démographiques, les problématiques concernées et les principaux facteurs de risque

Plusieurs éléments permettent d'apprécier l'état de situation dans notre région concernant les jeunes en difficulté. Chaque fois que cela est possible, les données sont distinguées selon les sexes et les âges.

1. LA POPULATION DES JEUNES 0-17 ANS

- La population estimée des jeunes 0-17 ans est de 1 515 496 au Québec en 2007 dont 60 328 vivent en Estrie.
- Il y a presque autant de filles (49 %) que de garçons (51 %).
- En Estrie, 17 819 jeunes sont âgés de 0-5 ans (5,8 % de la population totale), tandis que les 6-11 ans sont 19 242 (6,3 % de la population totale) et les 12-17 ans 23 267 (7,6 % de la population totale)⁶⁹. Ces proportions ne diffèrent pas de celles du Québec.
- Les projections de population prévoient que d'ici 10 ans, la population des 0-17 ans aura diminué, se situant à 56 111 soit une diminution de 7 % pour l'Estrie (Québec 8 %).
- Les taux de fécondité sont supérieurs en Estrie, en comparaison du Québec pour quatre groupes d'âge de femmes en âge de procréer : 4,38 pour le 14-17 ans (3,49 pour le Québec), 29,32 pour les 18-19 ans (21,31 pour le Québec), 69,92 pour les 20-24 ans (53,25 pour le Québec) et 120,30 pour le 25-29 ans (106,29 pour le Québec).
- Ils sont cependant inférieurs pour les groupes d'âge des 30-34 ans (79,29 -89,71) des 35-39 ans (21,57 – 31,53) et enfin pour les 40-44 ans (2,77-4,74).
- Les taux de fécondité sont en Estrie supérieurs à l'ensemble du Québec. Ils sont passés de 6,69 en 1989-1991 en Estrie (5,73 Québec) à 4,36 en 2002-2004 (3,49 Québec).
- En 2001, la population anglophone représente 5,9 % de la population Estrienne. Répartie partout sur le territoire, c'est dans la région de Memphrémagog qu'elle représente la plus forte proportion de la population avec 17,8 %.
- En 2001, 9 965 immigrants vivent en Estrie (706 965 au Québec). 1 245 ont moins de 15 ans (47 670 au Québec). 6 300 immigrants habitent la région Sherbrookoise dont 960 ont moins de 15 ans.

Le tableau qui suit présente les données de population estimées à partir du recensement 2001, pour chaque territoire de CSSS.

⁶⁹ Les données par MRC sont disponibles.

POPULATION

Population âgée de 0 à 17 ans (N) et proportion parmi la population totale (%), selon le sexe, Estrie et Québec, 2007

MRC	Masculin		Féminin		Total	
	N	%	N	%	N	%
Granit	2 308	19,9 %	2 133	19,5 %	4 441	19,7 %
Asbestos	1 339	19,1 %	1 242	17,5 %	2 581	18,3 %
Haut-Saint-François	2 381	20,9 %	2 208	20,7 %	4 589	20,8 %
Val-Saint-François	3 139	21,2 %	2 984	20,8 %	6 123	21,0 %
Ville de Sherbrooke	15 325	20,9 %	14 658	18,8 %	29 983	19,8 %
Coaticook	2 137	22,4 %	2 025	22,0 %	4 162	22,2 %
Memphrémagog	4 329	18,7 %	4 120	17,7 %	8 449	18,2 %
Estrie	30 958	20,5 %	29 370	19,1 %	60 328	19,8 %
Ensemble du Québec	775 912	20,6 %	739 584	19,1 %	1 515 496	19,8 %

Population âgée de 0 à 5 ans (N) et proportion parmi la population totale (%), selon le sexe, Estrie et Québec, 2007

MRC	Masculin		Féminin		Total	
	N	%	N	%	N	%
Granit	685	5,9 %	647	5,9 %	1 332	5,9 %
Asbestos	366	5,2 %	352	5,0 %	718	5,1 %
Haut-Saint-François	635	5,6 %	604	5,7 %	1 239	5,6 %
Val-Saint-François	880	6,0 %	838	5,8 %	1 718	5,9 %
Ville de Sherbrooke	4 619	6,3 %	4 480	5,7 %	9 099	6,0 %
Coaticook	599	6,3 %	575	6,2 %	1 174	6,3 %
Memphrémagog	1 313	5,7 %	1 226	5,3 %	2 539	5,5 %
Estrie	9 097	6,0 %	8 722	5,7 %	17 819	5,8 %
Ensemble du Québec	229 078	6,1 %	219 181	5,7 %	448 259	5,9 %

Population âgée de 6 à 11 ans (N) et proportion parmi la population totale (%), selon le sexe, Estrie et Québec, 2007

MRC	Masculin		Féminin		Total	
	N	%	N	%	N	%
Granit	734	6,3 %	666	6,1 %	1 400	6,2 %
Asbestos	438	6,2 %	386	5,4 %	824	5,8 %
Haut-Saint-François	779	6,8 %	719	6,7 %	1 498	6,8 %
Val-Saint-François	1 007	6,8 %	954	6,6 %	1 961	6,7 %
Ville de Sherbrooke	4 943	6,7 %	4 675	6,0 %	9 618	6,3 %
Coaticook	682	7,1 %	624	6,8 %	1 306	7,0 %
Memphrémagog	1 379	5,9 %	1 256	5,4 %	2 635	5,7 %
Estrie	9 962	6,6 %	9 280	6,0 %	19 242	6,3 %
Ensemble du Québec	248 424	6,6 %	235 286	6,1 %	483 710	6,3 %

Population âgée de 12 à 17 ans (N) et proportion parmi la population totale (%), selon le sexe, Estrie et Québec, 2007

MRC	Masculin		Féminin		Total	
	N	%	N	%	N	%
Granit	889	7,7 %	820	7,5 %	1 709	7,6 %
Asbestos	535	7,6 %	504	7,1 %	1 039	7,4 %
Haut-Saint-François	967	8,5 %	885	8,3 %	1 852	8,4 %
Val-Saint-François	1 252	8,5 %	1 192	8,3 %	2 444	8,4 %
Ville de Sherbrooke	5 763	7,8 %	5 503	7,0 %	11 266	7,4 %
Coaticook	856	9,0 %	826	9,0 %	1 682	9,0 %
Memphrémagog	1 637	7,1 %	1 638	7,0 %	3 275	7,0 %
Estrie	11 899	7,9 %	11 368	7,4 %	23 267	7,6 %
Ensemble du Québec	298 410	7,9 %	285 117	7,4 %	583 527	7,6 %

Population totale, selon le sexe, Estrie et Québec, 2007

MRC	Masculin	Féminin	Total
Granit	11 575	10 945	22 520
Asbestos	7 021	7 096	14 117
Haut-Saint-François	11 400	10 661	22 061
Val-Saint-François	14 775	14 362	29 137
Ville de Sherbrooke	73 464	78 091	151 555
Coaticook	9 542	9 224	18 766
Memphrémagog	23 198	23 270	46 468
Estrie	150 975	153 649	304 624
Ensemble du Québec	3 771 701	3 865 999	7 637 700

2. LES PRINCIPALES PROBLÉMATIQUES CONCERNÉES PAR LE PROGRAMME-SERVICES JEUNES EN DIFFICULTÉ.

Le Programme Jeunes en difficulté portant essentiellement sur les services de nature psychosociale à offrir aux enfants et aux parents, c'est sous l'angle des difficultés d'adaptation et de la maltraitance que les problématiques concernées sont abordées. Pour chacune des problématiques retenues, une définition de même que les taux qui permettent d'apprécier l'ampleur des problèmes seront indiqués pour soutenir la planification des projets cliniques.

La définition donnée aux problématiques varie selon les contextes. En effet, les termes varient selon qu'il s'agit d'une recherche et de la nature de la recherche, d'un libellé au Code criminel ou encore d'une loi visant à assurer spécifiquement la protection des enfants. Les définitions retenues ici s'inscrivent dans la perspective de l'offre de service psychosocial et tendent à refléter les définitions généralement convenues dans la pratique du réseau de la santé et des services sociaux.

Chaque fois que cela est possible, des données relativement à la prévalence⁷⁰ et à l'incidence de ces problématiques dans la population générale sont indiquées. Il faut cependant constater que ces taux, lorsqu'ils existent, ne sont pas

⁷⁰ Rappelons que la prévalence est le taux d'une problématique à un moment donné pour toute la population alors que l'incidence est le taux de nouveaux cas dans une année.

nécessairement québécois ou ne font pas l'objet de mise à jour systématique. La littérature scientifique québécoise, à défaut de taux d'incidence et de prévalence, fait généralement référence au nombre de situations portées à l'attention des directeurs de la protection de la jeunesse, au cours des ans, comme étant un indicateur permettant d'aborder l'ampleur des phénomènes. Il faut alors garder en tête que ces taux ne représentent que la pointe de l'iceberg, plusieurs situations demeurant non signalées. Ils présentent toutefois l'avantage de permettre de mettre en relief les taux québécois et estrien et de pouvoir apprécier les tendances en ce qui concerne une population clinique.

Les difficultés d'adaptation des enfants et des adolescents se manifestent par des difficultés de comportement plus ou moins structurées. Dans la petite enfance, c'est surtout à travers les retards de développement que l'on pourra constater des difficultés et, pour une part des enfants concernés, constater que des facteurs psychosociaux sont en cause ou encore détecter des indices de maltraitance qu'il faudra alors investiguer sans délai.

2.1 Les retards de développement

Le retard de développement est défini comme un délai complètement ou partiellement réversible à accéder à un stade de développement social, langagier, psychomoteur et/ou intellectuel normalement atteint par les enfants d'un âge ou d'une culture donnée.

- Environ 15 % des enfants d'âge préscolaire présentent un retard de développement.
- Au plan cognitif : 20 % des enfants de 29 mois présentent un retard.⁷¹
- Au plan langagier : 15 % des enfants manifestent des difficultés dont le tiers est qualifié de sévère. Cette proportion s'élève entre 15 à 20 % pour les enfants suivis dans le cadre de programmes préventifs et de 50 % dans celle des enfants pris en charge par les centres jeunesse.⁷²
- En ce qui a trait aux habiletés personnelles et sociales, l'ELDEQ fait état de différents problèmes rapportés par les parents d'enfants de 2 ans ½ : gestes fréquents d'agressions physiques à l'endroit des pairs (17 %), problèmes d'inattention (12 à 17 %), anxiété (entre 10 et 15 %).

2.2 La maltraitance

2.2.1 L'abus physique

Les abus physiques sont des « gestes posés qui provoquent des sévices corporels ou des traumatismes qui peuvent avoir des conséquences sérieuses sur la santé, le développement ou la vie de l'enfant. Les gestes dépassent la mesure raisonnable soit par la force, soit par la répétition. »⁷³

L'étude de Tourigny et al., (2002)⁷⁴ a documenté le fait qu'on peut regrouper en deux catégories les gestes d'abus commis à savoir la punition corporelle excessive qui équivaut à plus des deux tiers des cas et la brutalité impulsive pour l'autre tiers.

- Les taux de prévalence provenant de données canadiennes, américaines et australiennes concernant les abus physiques se situent entre 1,8 et 6 pour 1000 jeunes⁷⁵.
- 6 % des enfants québécois (6,6 % en 1999) ont vécu de la violence physique sévère et 1,5 % (1,3 % en 1999) à trois reprises ou plus durant l'année⁷⁶.

⁷¹ Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 1998-2002.

⁷² Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007*, p. 13.

⁷³ Bouchard, C., Gagné, M.H.(2000). *Validation sociale du construit « Violence psychologique » dans le cas des enfants maltraités*, Revue canadienne et service social, vol. 17, n° 2, pp. 225-244.

⁷⁴ TOURIGNY, M., et al., *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec*, 2002, 216 pages (EIQ).

⁷⁵ Cité dans *Les mauvais traitements physiques et psychologiques envers les enfants, Bilan des connaissances, CLIPP*, février 2005, p. 8.

⁷⁶ Institut de la statistique du Québec, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec*, Québec 2004, 104 pages.

- L'incidence des nouvelles prises en charge en protection⁷⁷ de la jeunesse illustre la tendance suivante, pour mille jeunes :
 - a) Le Québec est passé de 2000 à 2005 à des taux de 0,38 à 0,37.
 - b) L'Estrie, pour sa part, est passée de 0,38 à 0,42.⁷⁸
- Par ailleurs, l'étude d'incidence québécoise a mis en lumière qu'au chapitre de l'abus physique, les filles ont une représentation de 1,8 et les garçons de 2,0.

2.2.2 L'abus sexuel

L'abus sexuel est un geste posé par une personne donnant ou recherchant une stimulation sexuelle non appropriée quant à l'âge et au niveau de développement de l'enfant, de l'adolescente ou de l'adolescent, portant ainsi atteinte à son intégrité corporelle ou psychique, alors que l'abuseur a un lien de consanguinité avec la victime ou qu'il est en position de responsabilité, d'autorité ou de domination avec elle.

- Une première étude de prévalence québécoise⁷⁹ rapporte des taux de 14 % d'agressions sexuelles subies durant l'enfance dont 13 % sous la forme d'attouchements sexuels et 4,6 % de viols.
- Les taux respectifs chez les femmes et chez les hommes sont de 18 % et 10 %.
- Dans la littérature, les taux varient entre 3 à 15 % chez les garçons et 11 à 42 % pour les filles (divers échantillons populationnels non représentatifs).
- Les taux relatifs à des populations cliniques varient entre 6 et 72 % selon la population à l'étude.
- Les agresseurs sexuels ayant été abusés dans l'enfance présentent également ces taux (6 à 72 % selon les études).
- Les mères d'enfants connus de la protection de la jeunesse rapportent, pour leur part, avoir été victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance dans une proportion variant entre 36 et 60 %.
- L'incidence des nouvelles prises en charge en protection de la jeunesse illustre la tendance suivante :
 - a) Entre 2000 et 2005, le Québec est passé de 0,21 à 0,19 (pour mille jeunes)
 - b) L'Estrie est passée, durant la même période, de 0,31 à 0,29.
- L'étude d'incidence québécoise a pour sa part mis en lumière des taux de 1,4 pour les filles et de 0,5 pour les garçons.

2.2.3 Les mauvais traitements psychologiques

Les mauvais traitements psychologiques font référence à tout acte, commis ou omis, jugé selon les standards de la communauté et de l'expertise professionnelle, comme étant psychologiquement dommageable. Ces actes sont commis, individuellement ou collectivement, par des personnes dont la position de pouvoir (due à l'âge, au statut, aux connaissances ou à la fonction) rend l'enfant vulnérable. Ces actes peuvent nuire immédiatement ou ultérieurement au fonctionnement cognitif, comportemental, affectif ou physique de l'enfant.⁸⁰

On classe généralement les mauvais traitements psychologiques en trois catégories :

- 1) Actes commis (rejet ou menace de rejet, dénigrement, favoritisme, sévérité excessive, intimidation, contrôle abusif).
- 2) Actes omis (manque de sensibilité aux besoins affectifs, cognitifs, sociaux de l'enfant).
- 3) Violence indirecte (exposition à la violence conjugale et familiale, renversement des rôles parents-enfants, aliénation consécutive à des conflits parentaux).

⁷⁷ Une nouvelle prise en charge en protection de la jeunesse en est une consécutive à une évaluation ayant confirmé que les faits sont fondés et la sécurité ou le développement compromis. L'incidence des nouvelles prises en charge est calculée pour 1000 jeunes de 0-17.

⁷⁸ Les données d'incidence des nouvelles prises en charge sont extraites du document produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux, intitulé : *Indicateurs repères relatifs à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse 1997-1998 à 2004-2005*, décembre 2005.

⁷⁹ Baril, K. TOURIGNY, M., Hébert, M., & Cyr, M. (soumis) *La victimisation sexuelle des enfants : État de la recherche empirique au Québec*. Dans J. Levy, A. Dupras et S. Longpré-Marcoux (Éds). Dictionnaire de la sexualité au Québec.

⁸⁰ Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales, *Les mauvais traitements physiques et psychologiques envers les enfants*, p. 5, définition de l'International Conference on Psychological Abuse of Children and Youth.

- Les taux de mauvais traitements psychologiques se situent entre 0,2 et 3 pour 1 000⁸¹.
- 80 % (78,6 % en 1999⁸²) des enfants québécois ont vécu au moins un épisode d'agression psychologique de la part de leurs parents, comme crier, hurler, le traiter de stupide, de paresseux ou menacer de lui donner une fessée.
- 52 % ont vécu 3 épisodes ou plus des mêmes comportements (43,7 % en 1999).
- L'agression psychologique répétée présente les taux suivants selon les âges : 29 % (0-2 ans), 61 % (7-10 ans).⁸³
- L'agression psychologique répétée présente les taux suivants selon le sexe : 56 % pour les garçons et 49 % pour les filles.

2.2.4 La négligence

La négligence, se définit avant tout comme une défaillance importante dans l'application de normes sociales minimales de soins et d'éducation des enfants.⁸⁴ C'est l'échec, souvent chronique, des réponses aux divers besoins de l'enfant sur les plans de la santé, de la sécurité, de la surveillance, de la protection, de l'éducation, de la stimulation intellectuelle, de l'hygiène, de l'habillement, de l'alimentation.

- L'incidence des nouvelles prises en charge en protection de la jeunesse illustre la tendance suivante :
 - a) Entre 2000 et 2005, le Québec est passé de 3,11 à 3,43 pour mille jeunes.
 - b) L'Estrie passait, durant la même période, à des taux de 3,22 à 2,68.
- L'étude d'incidence québécoise a par ailleurs mis en lumière, pour les situations fondées, des taux respectifs de 4,9 pour les filles et de 5,3 pour les garçons.

2.2.5 L'abandon

Le terme abandon renvoie au fait que des parents n'assument pas, de fait le soin, l'entretien ou l'éducation de leur enfant.

- L'incidence des nouvelles prises en charge en protection de la jeunesse illustre la tendance suivante :
 - a) Le Québec est passé, entre 2000 et 2005 d'un taux de 0,13 à 0,11 pour mille jeunes.
 - b) L'Estrie, durant la même période est passée de 0,14 à 0,18.
- L'étude d'incidence québécoise a par ailleurs mis en lumière, pour les situations fondées, des taux respectifs de 0,6 pour les filles et de 0,7 pour les garçons pour 1 000 jeunes.

2.3 Les troubles de comportement

Les troubles de comportement peuvent être envisagés au sens large ou descriptif. Au sens large, ils réfèrent alors à un « ensemble de comportements perturbateurs qu'une majorité d'enfants et d'adolescents manifestent à divers degrés en cours de développement comme, parmi d'autres, la désobéissance répétée, la provocation, le vol, le mensonge et l'agressivité verbale et physique ».⁸⁵

Ils peuvent également être envisagés dans un sens plus étroit, le sens diagnostic ou clinique; ils réfèrent alors à des troubles précis qui présupposent la présence d'un certain nombre de comportements perturbateurs relativement bien définis et qui ne peuvent être diagnostiqués que si certains critères sont remplis (âge, durée des symptômes, etc.). On distingue généralement deux troubles spécifiques : le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites.

⁸¹ Idem p. 8.

⁸² Les données comparatives de 1999 sont tirées du *Plan régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007*, cahier 1; périnatalité et petite enfance. p.13-14.

⁸³ Institut de la statistique du Québec, *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec*, 2004, 105 pages.

⁸⁴ TROCMÉ *et al.*, *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants*, Ottawa, Travaux publics et services gouvernementaux du Canada, p. 39-41.

⁸⁵ VITARO, F. et GAGNON, C., *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*, Presses de l'Université du Québec, Tome II, p.224.

« Le trouble oppositionnel se caractérise par des comportements de transgression, d'opposition et de provocation qui conduisent régulièrement à des conflits marqués avec l'entourage (parents surtout, mais aussi fratrie, enseignants, camarades).

« Le trouble des conduites recouvre, quant à lui, l'ensemble de ces comportements mais s'y ajoute la violation répétée des droits fondamentaux d'autrui et des normes sociales.»⁸⁶

- Le DSM-IV indique, pour le trouble oppositionnel des prévalences de 2 à 16 % (APA, 1994)
- Une revue de 5 études basées sur critère DSM-III-R (Rey, 1993) a, pour sa part, mis en lumière la prévalence moyenne de 5,7 %, variant de 1,7 % à 9,9 % selon les échantillons et les critères utilisés, selon l'âge et le sexe des sujets.
- Le DSM-IV indique, pour les troubles de la conduite, une prévalence variant de 6 % à 16 % chez les garçons et de 2 à 9 % chez les filles⁸⁷.
- Jusqu'à 12 ans, le trouble est plus fréquent chez les garçons que chez les filles, ratio de 2 pour 1 alors qu'à l'adolescence, la prévalence est comparable ou plus élevée chez les filles que chez les garçons.
- L'étude épidémiologique canadienne a pour sa part mis en lumière un taux moyen de 5,5 %, échantillon normatif de participants âgés de 4 à 16 ans avec différences selon les âges soit 6,5 % (garçons 4-11 ans) et 1,8 % (filles 4-11 ans et de 10,4 % (garçons de 12-16 ans) et de 4,1 % (filles de 12-16 ans).
- La prévalence moyenne est plus élevée chez les garçons que chez les filles (8,1 % contre 2,8 %)⁸⁸.
- L'incidence des nouvelles prises en charge en protection de la jeunesse illustre la tendance suivante :
 - a) Entre 2000 et 2005, le Québec est passé de 1,82 à 1,56 pour mille jeunes.
 - b) L'Estrie, durant la même période, est passée de 1,62 à 1,40 pour mille jeunes.

2.4 La délinquance

Bien que les comportements délinquants renvoient à des troubles de comportement, le terme délinquance désigne la conduite des jeunes qui commettent des délits sanctionnés par des lois, notamment et principalement par le Code criminel. On distingue trois types de délinquance, la délinquance commune, la délinquance transitoire et la délinquance persistante.

- 45 % des adolescents vivent de la délinquance commune.
- 45 % des adolescents vivent de la délinquance transitoire.
- 5 % des adolescents vivent de la délinquance persistante.⁸⁹
- Le taux de jeunes québécois de 12 à 17 ans ayant contrevenu au code criminel et aux lois était 6 504 pour 100 000 jeunes en 2002. La région de l'Estrie se situe au 5^e rang supérieur avec un taux de 7 415 (4 400 /100 000 pour le 12-14 ans et 10 377/100 000 pour les 15-17 ans).⁹⁰
- Les statistiques du ministère de la Sécurité publique indiquent que les plaintes faites aux policiers impliquant des adolescents ont diminué au Québec entre 2000 et 2006 de 12 % (10 % pour l'Estrie).

2.5 La cooccurrence

Les problématiques sont souvent associées les unes aux autres. La cooccurrence est plutôt la règle que l'exception.

- 10 % des enfants sont à haut risque de problèmes multiples
- 15 % des enfants sont à haut risque de deux ou trois problèmes
- 25 % des enfants sont à risque modéré d'un seul problème d'adaptation psychosociale⁹¹.

⁸⁶ Idem, p. 224-225

⁸⁷ VITARO, F. et GAGNON, C., *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*, Presses de l'Université du Québec, Tome II, p.237

⁸⁸ Offord et al., *Étude épidémiologique canadienne*, 1986.

⁸⁹ LeBlanc, M., Morizot, J. (2000) *Trajectoires délinquantes communes, transitoires et persistantes, Une stratégie différentielle*, dans Vitaro F., et coll. *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*, Ste-Foy, Presses de l'Université du Québec, pp. 291-325.

⁹⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, p. 85.

En protection de la jeunesse, la cooccurrence des problématiques se présente comme suit (par ordre d'importance) :

- Négligence et troubles de comportement : 10 % des cas.
- Négligence et mauvais traitements psychologiques : 8 %
- Troubles de comportement et mauvais traitements psychologiques : 4 %
- Abus physique et mauvais traitements psychologiques : 4 %
- Abus physique et négligence : 4 %
- Abus physique et troubles de comportement : 3 %
- Abus sexuel et négligence : 2 %
- Abus sexuel et troubles de comportement : 1 %⁹²

3. LES FACTEURS DE RISQUE

En conclusion de la description du Programme Jeunes en difficulté, un des défis principaux de ce programme identifié est lié au fait qu'il concerne des enfants et des adolescents en développement. De ce fait, plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer leur développement, qu'il s'agisse de le favoriser ou de lui nuire.

Pour les fins des orientations, quatre catégories de facteurs de risques sont présentées : les conditions sociofamiliales adverses, les facteurs associés aux parents, aux enfants, et à l'interaction parents-enfants.

3.1 Les conditions sociofamiliales adverses

a) la monoparentalité⁹³

- La proportion d'enfants vivant dans une famille monoparentale a augmenté en Estrie entre 1996 et 2001, passant de 17 % (11 370 enfants) à 18,9 % (11 790).
- En comparaison, cette proportion passait pour le Québec de 17,6 % à 19,7 %. L'Estrie est donc légèrement sous la moyenne provinciale.
- On constate donc que même si la population d'enfants diminue en nombre absolu, ceux qui vivent dans une famille monoparentale augmentent, d'où risque accru.

b) la précarité économique

- Les taux de chômage pour l'ensemble de l'Estrie sont passés de 11,1 % en 1991 à 6,9 % en 2001.
- Durant la même période, ces taux passaient pour le Québec entre 12,1 % et 8,2 %.
- En 2001, le rapport emploi/population était de 60,1 % pour l'Estrie (58,9 % pour le Québec).
- La MRC de Coaticook présente le rapport le plus élevé avec 65,1 % et la MRC d'Asbestos le rapport le plus faible avec 53,5 %. En 10 ans, la MRC des Sources a toutefois augmenté ce rapport de 7 %, augmentation la plus marquée sur le territoire de l'Estrie.
- 7,7 % des enfants 0-17 ans de l'Estrie proviennent d'une famille vivant de prestations de l'assistance-emploi en 2005 (7,8 % pour le Québec), comparativement à 13,6 % en 1996 (14,1 % pour le Québec).
- La MRC des Sources (12,2 %) et la région Sherbrookoise (9,1 %) se situent nettement au-dessus de la moyenne régionale (2005), alors que les MRC de Coaticook (3,9 %) et Granit (3,8 %) se démarquent dans le sens inverse.
- En 2001, 25,1 % des enfants 0-17 ans vivaient avec un seul parent dont le revenu se situait à 75 % du seuil de faible revenu, comparativement à 6,7 % pour ceux vivant avec deux parents. (32,3 % comparativement à 8,5 % pour le Québec).
- Toujours en 2001, 10,7 % des enfants de 0-17 ans vivaient avec un seul parent qui disposait de moins de 50 % du seuil de faible revenu comparativement à 3,7 % des enfants vivant avec deux parents (16,2 % comparativement à 4,7 % pour tout le Québec).

⁹¹ VITARO, F. et GAGNON, C., *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*, Presses de l'Université du Québec, Tome II, p. 559.

⁹² EIQ, p. 52.

⁹³ Données disponibles par MRC.

- En Estrie, la MRC des Sources présente les taux les plus élevés (32,1 % et 16 %) et la MRC de Coaticook, les taux les plus bas (18,8 % et 7 %).

c) la violence conjugale

- Le taux de victimisation pour violence conjugale des 12 ans et plus (pour 1 000 personnes) est passé en Estrie, entre les années 97 et 2003, de 265 à 333.
- Durant la même période, les taux pour le Québec passaient de 366 à 419.
- Le taux pour les 12-17 ans se situe, pour tout le Québec en 2003 à 197/1000.

3.2 Facteurs de risque associés aux parents

a) la faible scolarisation

- En 2001, 5 805 personnes âgées de 15-44 ans (4,9 %) avaient moins de 9 ans de scolarité en Estrie, le même taux que pour l'ensemble du Québec.
- La proportion des 15-24 ans ne fréquentant pas l'école, se situait en Estrie à 36,4 % comparativement à 33,2 % pour l'ensemble du Québec. Seules les régions de l'Outaouais, des Terres-Cries de la Baie-James et du Nunavik présentaient des taux supérieurs à ceux de l'Estrie.
- 32,1 % des filles et 40,5 % des garçons de l'Estrie, font partie du nombre en 2001. Ces taux étaient respectivement de 35,7 % en 1996 pour les garçons et de 30,1 % pour les filles.
- La proportion des femmes de l'Estrie ayant moins de 9 années de scolarité est de 16,3 % comparativement à 15,8 % pour le Québec.
- La proportion de naissances vivantes de mères ayant moins de 11 années de scolarité se situe pour l'Estrie, pour les années 1999-2003 à 12,1 % (13 % pour le Québec).

b) le faible soutien social

- En 2000-2001, 18,4 % des Estriens de 12 ans et plus n'ont pas un niveau élevé de soutien social, ce qui représente le premier rang au Québec (14,4 % moyenne québécoise).
- 22,7 % (14,5 % pour le Québec) des hommes estriens et 14,3 % des femmes (14,2 % pour le Québec) n'ont pas un niveau élevé de soutien social.
- 19,3 % des 15-24 ans (7,9 % pour le Québec), 15,1 % des 25-44 ans (12,8 % pour le Québec et 18,7 % des 45-64 ans (16,6 %) sont dans cette situation.

c) le faible sentiment d'appartenance

- Entre 2000-2003, le pourcentage de québécois de 12 ans et plus qui estiment avoir un très faible sentiment d'appartenance à sa communauté locale est passé de 20 % à 11,1 %. Durant la même période, ce taux est passé de 23,2 % à 7,7 % en Estrie, soit l'équivalent de 19 500 personnes en 2003.
- Les femmes présentent des taux légèrement supérieurs à ceux des hommes. Entre 2000-2003, le taux, pour les femmes du Québec, est passé de 20,2% (24,2 % en Estrie) à 10,4 % (8,1 % en Estrie). En comparaison, les taux des hommes sont passés pour le Québec de 19,7 % (22,1 % en Estrie) à 11,1 % (7,4 % en Estrie)

d) histoire personnelle au cours de l'enfance (abus, privations, placements, etc.).

La violence vécue par la mère dans son enfance, qu'elle soit mineure ou sévère, est associée de manière significative à des taux de violence physique et psychologique plus élevés envers l'enfant.

- 64 % des mères déclarent avoir reçu au moins une fois la fessée dans l'enfance.
- 34 % des mères déclarent avoir vécu au moins un épisode d'humiliation ou de menace ou avoir été ridiculisée.
- 19 % disent avoir été frappées plus durement qu'une fessée.
- 34 % ont été témoin de violence conjugale (psychologique).
- 13 % ont été témoin de violence conjugale (physique).

e) la détresse physique ou psychologique

- L'étude FASS⁹⁴ a étudié toutes les nouvelles prises en charge sur une année dans les centres jeunesse. L'étude a mis en lumière un taux de prévalence de 1,92 (pour 1 000) pour les parents d'enfants 0-5 ans pris en charge en protection de la jeunesse, 1,96 pour les parents des 6-11 ans et de 1,86 pour les parents d'adolescents en comparaison d'un échantillon normatif situé à 1,47.

3.3 Facteurs de risque associés aux enfants

L'étude FASS a, pour chacun des groupes d'âge, mesuré diverses variables relatives aux caractéristiques personnelles de l'enfant ou de l'adolescent. Pour chacun des groupes d'âge, les chercheurs ont identifié des dimensions regroupant les principales variables individuelles explorées dans l'étude afin d'indiquer des prévalences pour l'échantillon clinique de l'étude de conditions adverses.

- Les trois dimensions retenues pour les 0-5 ans sont les suivantes :
 - a) problème de comportement : prévalence de 23,6 %
 - b) comportements sexualisés ou abus sexuel : de 22,8 %
 - c) retard de développement cognitif : 11,5 %
- Les quatre dimensions retenues pour les 6-11 ans sont les suivantes :
 - a) problèmes de comportement : 35,6 %
 - b) retard scolaire : 33,6 %
 - c) abus sexuel : 23,9 %
 - d) fonctionnement général faible : 14,3 %
- Les cinq dimensions retenues pour les 12-17 ans sont les suivantes :
 - a) problèmes de comportement : 27,7 %
 - b) abus de drogues ou d'alcool : 27,2 %
 - c) retard scolaire : 26,6 %
 - d) fonctionnement général faible : 20,2 %
 - e) abus sexuel : 17,5 %

3.4 Facteurs de risque associés à la relation parent-enfant

L'étude FASS a, pour chacun des groupes d'âge, mesuré diverses variables relatives aux conditions adverses concernant la relation parent-enfant. Pour chacun des groupes d'âge, les chercheurs ont identifié des dimensions regroupant les principales variables individuelles explorées dans l'étude afin d'indiquer des prévalences pour l'échantillon clinique de l'étude de conditions adverses.

- Les dimensions retenues pour le groupe d'âge des 0-5 ans sont les suivantes :
 - a) Le fait de vivre dans une famille où des comportements violents ont été présents au cours de la dernière année : 34,9 %.
 - b) Le fait que le parent sente que sa vie est très restreinte par la présence de l'enfant (score dépassant le seuil clinique à l'échelle de restriction ISP) : 27 %
 - c) Le fait de posséder peu d'habiletés parentales (score dépassant le seuil clinique à l'échelle de compétence parentale de l'ISP) : 26,9 %
 - d) Le fait que la relation parent-enfant soit significativement détériorée (score de 30 et plus) : 4,8 %.

⁹⁴ PAUZÉ, R., et al., *Portrait des jeunes âgés de 0-17 ans référés à la prise en charge des centres jeunesse du Québec, leurs parcours dans les services et leur évolution dans le temps*, Étude financée par le Fonds pour l'Adaptation des services de santé et par le Conseil québécois de la recherche sociale, 2004.

- Les dimensions retenues pour le groupe d'âge des 6-11 ans sont les suivantes :
 - b) Le fait de vivre dans une famille où des comportements violents ont été présents au cours de la dernière année (3 comportements violents différents ou plus) : 64,8 %.
 - c) Le fait que la relation parent-enfant soit significativement détériorée (score de 30 et plus) : 18,3%
 - d) Le fait de présenter au moins trois domaines d'habiletés parentales lacunaires sur les cinq types de pratiques évaluées (obtenir au moins 3,0 aux échelles d'engagement et de pratiques parentales positives et plus de 3,0 aux échelles de supervision lacunaire, discipline inconsistante et punition corporelle): 7,4 %.

- Les dimensions retenues pour le groupe d'âge de 12-17 ans sont les suivantes :
 - a) Le fait de vivre dans une famille où des comportements violents ont été présents au cours de la dernière année (3 comportements violents différents ou plus) : 55,3 %.
 - b) Le fait que la relation parent-enfant soit significativement détériorée (score de 30 et plus) : 20,5 %
 - c) Le fait de présenter au moins deux domaines d'habiletés parentales lacunaires sur les cinq types de pratiques évaluées (obtenir moins de 3,0 aux échelles d'engagement et de pratiques parentales positives et plus de 3,0 aux échelles de supervision lacunaire, discipline inconsistante et punition corporelle) : 6,6 %.