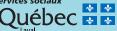


# Portrait de l'organisation des services sociaux et de santé aux enfants, aux jeunes et à leur famille

Vers un réseau de services intégrés pour les jeunes de Laval (0-17 ans)

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux



Vers un réseau de services intégrés pour les jeunes de Laval (0 à 17 ans)

Portrait de l'organisation des services sociaux et de santé aux enfants, aux jeunes et à leur famille

Ce Portrait de l'organisation des services sociaux et de santé de Laval aux enfants, aux jeunes et à leur famille a été élaboré par la Direction de santé publique de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval sous la direction du Comité directeur de la démarche

(jusqu'en avril 2004):

Gilbert Cadieux, directeur général du CLSC des Mille-Îles et CHSLD Laval Alain Carrier, coordonnateur des professionnels, Direction de santé publique Pierre Gaudreau, coordonnateur, adaptation sociale, Direction des programmes Pierre Patenaude, directeur général, Centre jeunesse de Laval

D' François Ranger, directeur de santé publique

À partir d'avril 2004, l'élaboration du portrait s'est poursuivie avec l'accompagnement du Comité exécutif du RSI-Jeunes de Laval et avec la collaboration du Comité régional de pilotage du RSI-Jeunes de Laval.

#### Rédaction principale et coordination des travaux

Johanne Lapointe, chargée de projet, Direction de santé publique

#### Collaboration spéciale et tout au long du processus

Sylvie Desmarais, agente de planification et de programmation, Direction des programmes

#### Collaboration à la rédaction

Marie-Reine Corbeil, agente de recherche sociosanitaire, Direction de santé publique Andrée Deschênes, conseillère cadre à la programmation, CRDI Normand-Laramée Françoise Gilbert, conseillère cadre, Direction des services et programmes de réadaptation, Hôpital juif de réadaptation Suzanne Ménard, coordonnatrice du programme pédiatrique, Hôpital juif de réadaptation Les sections portant sur les services en déficience intellectuelle/TED et en déficience physique ont été respectivement élaborées par le CRDI Normand-Laramée et l'Hôpital juif de réadaptation.

#### Coordination et supervision

Alain Carrier, coordonnateur des professionnels, Direction de santé publique

#### Collaboration à la production

Johanne Paré, conseillère aux communications, Secrétariat général

De nombreuses personnes ont contribué à l'élaboration du portrait. La liste de ces personnes est présentée à l'annexe.

#### Conception et mise en pages

Suzanne Francoeur, Direction de santé publique

#### Graphisme

Paul Toupin, design

#### Révision linguistique

Laurence Clavel

#### Édition et diffusion

Disponible au Centre de documentation de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval 450-978-2000

Coût: 25,00 \$

Ce document est disponible sur le site Web de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval www.sssslaval.gouv.gc.ca

Dépôt légal – 2<sup>e</sup> trimestre Bibliothèque nationale du Québec Bibliothèque nationale du Canada ISBN - 2-923198-22-0 2 septembre 2005

#### Note au lecteur

Étant donné les nombreux changements survenus dans le réseau au cours des dernières années, certains éléments ou données ont peut-être changés. Par exemple la désignation des CLSC a été conservée dans tout le texte, sauf au dernier chapitre, où le nom CSSS y a été ajouté. Il en est de même pour le MÉQ et le MELS utilisés pour désigner ministère de l'Éducation, des Sports et des Loisirs, anciennement ministère de l'Éducation. Nous invitons les lecteurs à se référer à la liste des sigles et des acronymes, au besoin.

Les statistiques varient de 1998 à 2005 et ont été mises à jour lorsqu'elles étaient disponibles. Certaines données relativement anciennes ont été conservées, lorsqu'elles demeuraient pertinentes.

Ce portrait décrit les services sociaux et de santé du réseau public offerts aux jeunes Lavallois de 0 à 17 ans et à leur famille. Il aborde aussi les liens avec les principaux partenaires de services aux jeunes, notamment le réseau scolaire. Toutefois, ces liens ne saurait représenter l'envergure des actions posées auprès des jeunes par les partenaires tels, les médecins, les commissions scolaires, les organismes communautaires, etc.

Ce portrait se concentre particulièrement sur les services psychosociaux qui sont les services les plus utilisés par les jeunes en raison de leurs caractéristiques de bonne santé. Les services psychosociaux pour les jeunes sont aussi ceux qui comportent le plus grand nombre d'enjeux d'intégration. Ainsi les services de santé physique sont marginaux puisqu'ils sont généralement requis sur une base ponctuelle et ne requièrent pas de suivi ou de continuité, sauf pour les étapes de la petite enfance.

Certaines informations concernant les jeunes anglophones ou provenant d'autres cultures sont manquantes, malgré que la population immigrante de Laval est la deuxième en importance au Québec, après Montréal. Si bien que toutes trajectoires confondues, l'adaptation des services aux caractéristiques culturelles et linguistiques des jeunes et leur famille représente un enjeu important dans l'amélioration des services ainsi que les liens avec les partenaires impliqués auprès de ces communautés.

Ce Portrait de l'organisation des services sociaux et de santé aux enfants, aux jeunes et à leur famille doit être vu comme un tout. Toutefois, chaque trajectoire peut être consultée de façon indépendante puisque chacune d'entre elles peut être utilisée comme un ouvrage de référence. Les groupes de travail concernés par la révision d'une offre de service spécifique ou encore par le renouvellement des pratiques y trouveront de l'information pertinente à leur projet. Par exemple, la trajectoire des services liés aux troubles mentaux a déjà servi au groupe de travail régional concerné pour des fins de vision commune dans l'offre de service existante et des enjeux à relever pour améliorer la situation.

### Mot du président

J'ai le plaisir en tant que président du Réseau de services intégrés pour les jeunes de Laval (RSI-Jeunes de Laval) de vous présenter ce portrait de l'organisation des services pour les jeunes et leur famille.

Ce portrait donne un bon aperçu des nombreux points d'ancrages de l'offre de service aux jeunes et à leur famille et il permet de constater l'envergure des services offerts. Nous pouvons aussi remarquer les améliorations tangibles dans le continuum de services. Voilà un bon point de départ dans l'élaboration du projet clinique qui s'articulera, selon la proposition du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval, autour du programme Famille-Enfance-Jeunesse (FEJ).

Un point essentiel de ce portrait est la vigueur de la concertation entre les partenaires lavallois et des retombées sur l'organisation des services aux jeunes. Il faut reconnaître notamment les pas franchis dans différents dossiers, comme l'organisation des services en santé mentale pour les jeunes, l'utilisation des plans de services individualisés (PSI) comme outil d'intégration ainsi que la planification conjointe avec certains partenaires, par exemple l'offre de services en promotion et prévention, École en santé.

Les acquis indéniables dans l'organisation des services intégrés nous permettent de favoriser la continuité des services, particulièrement ceux de la 1<sup>re</sup> ligne (*généraux*) et de la 2<sup>e</sup> ligne (*spécialisés*). D'ailleurs, les grands principes de la hiérarchisation des services devront servir de guide dans l'élaboration du projet clinique.

Il faut admettre que les enjeux d'accès, de continuité et de qualité sont cruciaux pour tous les usagers ayant des besoins en services sociaux. Ainsi, le portrait et ses perspectives arrivent à point nommé alors que le projet clinique du CSSS de Laval aura une portée significative dans la constitution du Réseau local des services. Ce réseau qui regroupera tous les établissements tels le Centre jeunesse de Laval, le CRDI Normand-Laramée et l'Hôpital juif de réadaptation qui œuvrent auprès des jeunes de 0 à 17 ans et leur famille et qui sera en lien avec les autres partenaires intersectoriels.

En terminant, je veux souligner le travail extraordinaire des membres de tous les comités de travail et des partenaires. Cette collaboration aura un impact certain dans l'avenir des services de santé et des services sociaux pour la population lavalloise.

Pierre Patenaude Directeur général

Centre jeunesse de Laval

- Alexande

## Mot de la directrice de santé publique

Ce fut un défi stimulant, pour la Direction de santé publique, de se voir confier l'élaboration d'un réseau de services intégrés pour les jeunes et leur famille. Ce mandat nous a conduit au-delà de nos missions premières de santé publique. Il fallait étendre notre observation à tout le continuum de services et en proposer une organisation mieux intégrée avec nos partenaires.

Nous avons pu constater l'ampleur et la diversité des actions et des services offerts aux jeunes. Dès le départ, nous connaissions le lien de collaboration entre les acteurs de la prestation de services aux jeunes de Laval, mais nous avons été à même de réaliser la vivacité et le dynamisme de ces partenaires ayant à cœur et comme objectif principal, la santé et le bien-être des jeunes et de leur famille.

Fidèle à notre mission de santé publique, nous avons mis à jour les caractéristiques de santé particulières aux jeunes Lavallois. Nous avons aussi mis en relief les stratégies jugées prometteuses et efficaces dans l'organisation des services pour cette population.

Ce portrait arrive juste à point dans le réseau, puisque l'amélioration de l'offre de service aux jeunes passera par le projet clinique en cours d'élaboration par le CSSS de Laval. Les artisans du projet clinique pourront donc puiser à même ce portrait bon nombre d'éléments qui intègrent, entre autres, les principes de l'approche populationnelle et de la hiérarchisation des services.

La pression engendrée par la demande accrue des services aux jeunes et leur famille nous place dans un contexte plus que jamais propice à concrétiser un véritable réseau de services intégrés, sans oublier de donner une place prépondérante au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être des jeunes et de leur famille.

Nous sommes fiers de cette contribution indéniable. Avec l'engagement exceptionnel de notre réseau et des partenaires, dont le réseau scolaire et les organismes communautaires, nous pourrons continuer à travailler côte à côte pour bâtir un véritable réseau de services intégrés pour les jeunes à Laval. Nous nous sommes donnés des outils de travail de qualité et nous sommes persuadés que les résultats porteront fruits auprès de nos jeunes et de leur famille au cours des prochaines années.

Merci à tous ceux qui ont collaboré.

La directrice de santé publique,

Nicole Damestoy, m.d.

# Table des matières

No	te au l	ecteur		i
Мо	t du p	résident .		ii
Мо	t de la	directric	e de santé publique	iii
Lis	te des	tableaux	<b>(</b>	iv
			des acronymes	
LIS	ne des	sigles el	t des actonymes	v
ПЛІ	rponi	ICTION		4
IIVI	INODE	JCTION		······································
1.	LET	ERRITOII	RE DE LAVAL	3
	1.1	_	ÉRISTIQUES GÉNÉRALES	_
	1.2	LES JEU	NES LAVALLOIS DE 0 À 17 ANS	4
		1.2.1	Leur nombre	4
		1.2.2	Leur origine ethnique	
		1.2.3 1.2.4	Leurs conditions économiques et d'adaptation sociale  Des inégalités de santé et de bien-être contre lesquelles on doit agir	
	1.3		EUX DE VIE DES JEUNES LAVALLOIS	
		1.3.1	Les familles	
		1.3.2	Les milieux substituts	
		1.3.3	Les services de garde	
		1.3.4 1.3.5	L'école : un milieu de vie prépondérant pour les jeunes La communauté	
		1.3.6	Les organismes communautaires	
		1.3.7	Ville de Laval	
2.	LES	BESOINS	S LIÉS À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE DES JEUNES ET DE LEUR FAMILLE	13
	2.1	LE CONT	EXTE LAVALLOIS	13
	2.2		BLÈMES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE LES PLUS IMPORTANTS	
		2.2.1	Les enfants de 0 à 4 ans	13
		2.2.2	Les jeunes de 5 à 17 ans	
		2.2.3	L'abus, la négligence et la violence	18
3.			ECTOIRES DE SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ POUR LES JEUNES DE 0 À 17	
	ANS	ET LEUH	R FAMILLE	19
IK		_		_
	3.1		DE SERVICE À CARACTÈRE UNIVERSEL POUR LES ENFANTS DE 0 À 4 ANS ET LEUR FAMILLE	
		3.1.1 3.1.2	Quelques données	
		3.1.2	Les principaux prestataires de services	
		3.1.4	L'utilisation des services	26
		3.1.5	Accès, évaluation du besoin et orientation	
		3.1.6	L'intervention, le suivi et la continuité	34
		3.1.7 3.1.8	La qualité et l'évolution des pratiques et des milieux	3/
		3.1.8 3.1.9	Les éléments de force de la région de Laval	42
		3.1.10	Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services	44
		3.1.11	Des enjeux de l'organisation de services intégrés	

IRAJEC	TOIRE 2		49
3.2	L'OFFRE	DE SERVICE À CARACTÈRE SÉLECTIF POUR LES ENFANTS DE 0 À 4 ANS ET LEUR FAMILLE	49
	3.2.1	Quelques données	49
	3.2.2	Description	49
	3.2.3	Les principaux prestataires de services	
	3.2.4	L'utilisation des services	
	3.2.5 3.2.6	Acces, evaluation du besoin et orientation	
	3.2.0 3.2.7	La qualité et l'évolution des pratiques et des milieux	60 63
	3.2.8	Les éléments de force de la région de Laval	
	3.2.9	Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services	67
	3.2.10	Des enjeux en matière d'intégration des services	
TDA IEC	TOIDE 2		75
3.3		VICES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION POUR LES JEUNES DE 5 À 17 ANS	
3.3			
	3.3.1	Quelques données	
	3.3.2	Description	8/
		3.3.2.2 L'exercice de planification conjointe de l'offre de services de promotion et de prévention à partir de	00
		l'école (ÉES)	
	3.3.3	Les acteurs	
	3.3.4	L'utilisation des services : un ordre de grandeur	
	3.3.5	Les portes d'entrée et l'accès	
	3.3.6	La détection et l'orientation	
	3.3.7 3.3.8	Le suivi et la continuité	
	3.3.9	Les éléments de force de la région de Laval	
	3.3.10	Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services de promotion de la santé et de	52
		prévention pour les jeunes d'âge scolaire	93
	3.3.11	Des enjeux de l'offre de services de santé publique auprès des jeunes d'âge scolaire	94
TDA IEO	TOIDE 4		404
TRAJEC <sup>-</sup> 3.4		VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION	101
	LES SER 3.4.1	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION	<b> 101</b> 101
	LES SER 3.4.1 3.4.2	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION	101 101 102
	3.4.1 3.4.2 3.4.3	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION  Quelques données de prévalence  Description  Les principaux prestataires de services	101 101 102 103
	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION	101 101 102 103
	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION  Quelques données de prévalence  Description  Les principaux prestataires de services  L'utilisation des services : un ordre de grandeur  Accueil, évaluation du besoin et orientation	101 101 102 103 104
	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION	101 101 102 103 104 105
	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION	101 101 102 103 104 105 108
	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7 3.4.8	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION	101 101 102 103 104 105 108 111
	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION	101 101 102 103 104 105 108 111 113
	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7 3.4.8 3.4.9	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION	101 101 102 103 104 105 108 111 113
3.4	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7 3.4.8 3.4.9 3.4.10	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION	101
3.4	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7 3.4.8 3.4.9 3.4.10	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION	101 101 102 103 104 105 108 111 113 113
3.4	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7 3.4.8 3.4.9 3.4.10	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION.  Quelques données de prévalence	101 102 103 104 105 118 113 113
3.4	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7 3.4.8 3.4.9 3.4.10 TOIRE 5	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION	101 102 103 104 105 118 113 113 119 120
3.4	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7 3.4.8 3.4.9 3.4.10 TOIRE 5 LES SER 3.5.1	Quelques données de prévalence	101 101 102 103 104 105 118 113 113 119 120
3.4	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7 3.4.8 3.4.9 3.4.10 FOIRE 5 LES SER 3.5.1 3.5.2 3.5.3 3.5.4	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION.  Quelques données de prévalence	101101102103104105113113113119119120
3.4	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7 3.4.8 3.4.9 3.4.10 TOIRE 5 LES SER 3.5.1 3.5.2 3.5.3 3.5.4 3.5.5	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION.  Quelques données de prévalence	101102103104105113113113119120120
3.4	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7 3.4.8 3.4.9 3.4.10 FOIRE 5 LES SER 3.5.1 3.5.2 3.5.3 3.5.4 3.5.5 3.5.6	Quelques données de prévalence	101102103108113113113119120122126127
3.4	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7 3.4.8 3.4.9 3.4.10 FOIRE 5 LES SER 3.5.1 3.5.2 3.5.3 3.5.4 3.5.5 3.5.6 3.5.7	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION	101101103104108113113119120122126127128
3.4	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7 3.4.8 3.4.9 3.4.10 TOIRE 5 LES SER 3.5.1 3.5.2 3.5.3 3.5.4 3.5.5 3.5.6 3.5.7 3.5.8	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION.  Quelques données de prévalence	101101102103104108113113113119120122126127128
3.4	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7 3.4.8 3.4.9 3.4.10 TOIRE 5 LES SER 3.5.1 3.5.2 3.5.3 3.5.4 3.5.5 3.5.6 3.5.7 3.5.8 3.5.9	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION  Quelques données de prévalence	101102104105113113119120120122128128
3.4	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7 3.4.8 3.4.10 FOIRE 5 LES SER 3.5.1 3.5.2 3.5.3 3.5.4 3.5.5 3.5.6 3.5.7 3.5.8 3.5.9 3.5.10	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION.  Quelques données de prévalence Description  Les principaux prestataires de services L'utilisation des services: un ordre de grandeur.  Accueil, évaluation du besoin et orientation L'intervention, le suivi et la continuité L'évolution des pratiques et des milieux.  Les éléments de force de la région de Laval Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services.  Des enjeux en matière d'intégration des services.  VICES LIÉS À LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LPJ).  Quelques données. Description Les principaux prestataires de services L'utilisation des services L'utilisation des services L'accueil L'évaluation de la situation L'orientation L'application des mesures. La révision L'accès, l'évaluation des besoins et l'orientation	101102104105113113119120120128128128128
3.4	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7 3.4.8 3.4.9 3.4.10 FOIRE 5 LES SER 3.5.1 3.5.2 3.5.3 3.5.4 3.5.5 3.5.6 3.5.7 3.5.8 3.5.7 3.5.8 3.5.9 3.5.10 3.5.11	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION.  Quelques données de prévalence Description.  Les principaux prestataires de services L'utilisation des services : un ordre de grandeur Accueil, évaluation du besoin et orientation L'intervention, le suivi et la continuité L'évolution des pratiques et des milieux.  Les éléments de force de la région de Laval Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services. Des enjeux en matière d'intégration des services.  VICES LIÉS À LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LPJ)  Quelques données Description. Les principaux prestataires de services L'utilisation des services L'utilisation des services L'accueil L'évaluation de la situation L'orientation. L'application des mesures La révision L'accès, l'évaluation des besoins et l'orientation Le suivi et la continuité de l'ensemble du processus.	101101102104105113113113119120122123128128128128128
3.4	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7 3.4.8 3.4.10 FOIRE 5 LES SER 3.5.1 3.5.2 3.5.3 3.5.4 3.5.5 3.5.6 3.5.7 3.5.8 3.5.9 3.5.10	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION  Quelques données de prévalence  Description  Les principaux prestataires de services  L'utilisation des services : un ordre de grandeur  Accueil, évaluation du besoin et orientation  L'intervention, le suivi et la continuité  L'évolution des pratiques et des milieux  Les éléments de force de la région de Laval  Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services  Des enjeux en matière d'intégration des services  Des enjeux en matière d'intégration des services  VICES LIÉS À LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LPJ)  Quelques données  Description  Les principaux prestataires de services  L'utilisation des services  L'accueil  L'évaluation de la situation  L'orientation  L'orientation  L'arpplication des mesures  La révision  L'arccès, l'évaluation des besoins et l'orientation  L'a suvi et la continuité de l'ensemble du processus  La qualité et l'évolution des pratiques et des milieux	101103104105113113113119120120128128128128128128128128128128128128
3.4	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7 3.4.8 3.4.9 3.4.10 TOIRE 5 LES SER 3.5.1 3.5.2 3.5.3 3.5.4 3.5.5 3.5.6 3.5.7 3.5.8 3.5.7 3.5.8 3.5.10 3.5.11 3.5.12	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION.  Quelques données de prévalence Description.  Les principaux prestataires de services L'utilisation des services : un ordre de grandeur Accueil, évaluation du besoin et orientation L'intervention, le suivi et la continuité L'évolution des pratiques et des milieux.  Les éléments de force de la région de Laval Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services. Des enjeux en matière d'intégration des services.  VICES LIÉS À LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LPJ)  Quelques données Description. Les principaux prestataires de services L'utilisation des services L'utilisation des services L'accueil L'évaluation de la situation L'orientation. L'application des mesures La révision L'accès, l'évaluation des besoins et l'orientation Le suivi et la continuité de l'ensemble du processus.	101101103104105113113113119120120128128128128128128128128128128128
3.4	3.4.1 3.4.2 3.4.3 3.4.4 3.4.5 3.4.6 3.4.7 3.4.8 3.4.9 3.4.10 FOIRE 5 LES SER 3.5.1 3.5.2 3.5.3 3.5.4 3.5.5 3.5.6 3.5.7 3.5.8 3.5.9 3.5.10 3.5.12 3.5.13	VICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION.  Quelques données de prévalence.  Description	101103104105113113113119120120128128128128128128128128128128128128128128

TRAJEC	TOIRE 6.		137
3.6		VICES POUR LES JEUNES CONTREVENANTS DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LE SYSTÈME DE PÉNALE POUR LES ADOLESCENTS (LSJPA)	137
	3.6.1	Le contexte de la LSJPA	
	3.6.2	Les services du CJL	
	3.6.3	La clientèle rejointe	138
	3.6.4	Les partenaires	
	3.6.5	Des enjeux quant à l'évolution de la pratique	139
TRAJEC	TOIRE 7.		143
3.7	LES SEF	VICES POUR LES JEUNES AUX PRISES AVEC DES TROUBLES MENTAUX	143
	3.7.1	Quelques données de prévalence	
	3.7.2	Description	
	3.7.3	Les prestataires de services	
	3.7.4	L'utilisation des services : un ordre de grandeur	
	3.7.5	Les portes d'entrée et l'accès	
	3.7.6	L'évaluation et l'orientation	149
	3.7.7	L'intervention, le suivi et la continuité	
	3.7.8	Les ressources et les budgets	
	3.7.9	L'évolution des pratiques et des milieux	
	3.7.10	Les éléments de force de la région de Laval	153
	3.7.11	Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services	
	3.7.12	Des enjeux de l'organisation de services megres	154
TRAJEC	TOIRE 8.		159
3.8	LES SEF	VICES LIÉS À LA PROBLÉMATIQUE DU SUICIDE	159
	3.8.1	Quelques données	159
	3.8.2	Description	
	3.8.3	Les prestataires de services	161
	3.8.4	L'utilisation des services : un ordre de grandeur	162
	3.8.5	Accueil, évaluation du besoin et orientation	
	3.8.6	L'intervention, le suivi et la continuité	
	3.8.7	Évolution des pratiques et des milieux	
	3.8.8	Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services	
	3.8.9 3.8.10	Les éléments de force de la région	
TD 4 IF 6	TOIDEO (	4.5700	400
		).1 ET 9.2	169
3.9		IVICES POUR LES ENFANTS ET JEUNES TÉMOINS DE VIOLENCE CONJUGALE ET VICTIMES D'ABUS S, DE MAUVAIS TRAITEMENTS PHYSIQUES OU D'UNE ABSENCE DE SOINS MENAÇANT LEUR SANTÉ	169
	1111010		
	3.9.1	Les services pour les enfants et les jeunes témoins de violence conjugale	
	3.9.2	Les services pour les enfants et les jeunes victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique	171
		3.9.2.1 L'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique	
	3.9.3	Constats et enjeux	1/4
			177
3.10		IVICES POUR LES JEUNES AUX PRISES AVEC DES PROBLÈMES DE TOXICOMANIE ET AUTRES ANCES	177
	3.10.1	Quelques données de prévalence	
	3.10.1	Description des activités et des services	
	3.10.3	Évolution des pratiques et des milieux	
	3.10.4	Des enjeux en matière d'intégration des services	
	J. 10F		100

TRAJECT	OIRE 11		187
3.11	0 à 21 AI	VICES SPÉCIFIQUES ET SPÉCIALISÉS POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES DE NS PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI) OU UN TROUBLE SANT DU DÉVELOPPEMENT (TED)	187
	3.11.1	• •	
	3.11.2	Définition des clientèles et description des services spécifiques et spécialisés	188
	3.11.3	Les prestataires et partenaires	191
		Les services spécifiques et spécialisés en DI-TED	
		3.11.4.1 Les services spécifiques de première ligne des CLSC	
		3.11.4.2 Les services spécialisés de deuxième ligne d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale	
	0 11 5	3.11.4.3 Les services spécialisés pour les jeunes présentant de multiples problématiques	197
	3.11.5	L'utilisation des services	198
	3.11.0	L'intervention, le suivi et la continuité	199
	3.11.0 2.11.0	L'évolution des pratiques et des milieux Les éléments de force de la région de Laval	201
	2.11.9	Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services	202
	2 11 11	Des enjeux en matière d'organisation des services	202
	0.11.11	bes crijeda en manere d'organisation des services	200
TRAJECT	OIRF 12		207
	LES SER	VICES SPÉCIFIQUES ET SPÉCIALISÉS POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES DE 0 À 21 ANS ANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE AINSI QUE LEUR FAMILLE ET LEUR PROCHES	
	3.12.1	Définitions et données statistiques	
		3.12.1.1 La déficience motrice	
		3.12.1.3 La déficience auditive	
		3.12.1.4 La déficience du langage et de la parole	
		3.12.1.5 Les déficiences multiples	212
	3.12.2	Les données du réseau de l'éducation	
		3.12.2.1 La Commission scolaire de Laval	212
	0.40.0	3.12.2.2 La Commission scolaire Sir-Wilfrid-Laurier	-
	3.12.3	Les champs d'intervention	
		3.12.3.1 En amont des services spécialisés en déficience physique	
		3.12.3.2 Les services spécialisés et surspecialisés	
	3.12.4	Les forces de la région de Laval	218
		Les enjeux	
TRAJECT	OIRE 13.		223
3.13	LES SER	VICES SPÉCIFIQUES LIÉS AUX PROBLÈMES MULTIPLES OU COMPLEXES	223
	3.13.1	L'Équipe d'intervention jeunesse	
		3.13.1.1 Clientèle rejointe	
		3.13.1.2 Provenance des références	
		3.13.1.3 L'utilisation du PSI et la durée de prise en charge par l'ÉlJ	
		3.13.1.5 Des enjeux régionaux	
	3.13.2	Le service régional jeunesse multiproblématique	
	0.10.2	3.13.2.1 Description	
		3.13.2.2 Clientèle lavalloise identifiée	226
		3.13.2.3 L'évolution de la pratique	226

4.	ANAL	LYSE ET PERSPECTIVES	227
	4.1.	L'OFFRE DE SERVICES INTÉGRÉE PROPOSÉE	227
	4.2	LES QUATRE NIVEAUX DE SERVICES	227
	4.3	DEUX GROUPES D'ÂGE	228
	4.4	DES ORIENTATIONS ET DES BALISES	229
	4.5	DES ENTENTES DE COLLABORATION	230
	4.6	DES OUTILS CLINIQUES DE COORDINATION ET D'INTÉGRATION : PI, PSI, PSII	230
	4.7	LES OFFRES DES PROGRAMMES SERVICES DU MSSS	231
	4.8	LES TRAVAUX DU COMITÉ NATIONAL DE SUIVI DE L'ENTENTE DE COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES ENTRE LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LE RÉSEAU DE L'ÉDUCATION	232
	4.9	LA CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	
	4.10	LA GOUVERNE	233
	4.11	DES FAITS SAILLANTS	234
	4.12	ONZE ENJEUX INCONTOURNABLES	234
		4.12.1 Synthèse de l'offre de service et des enjeux spécifiques aux deux groupes d'âge	236
RÉ	FÉREN	NCES BIBLIOGRAPHIQUES	245

LISTES DES COLLABORATRICES ET COLLABORATEURS

ANNEXE

# Liste des tableaux

TABLEAU 1	Population répartie par territoire de CLSC - 2004	
TABLEAU 2	Population jeunesse répartie par territoire de CLSC, 2004	
TABLEAU 3	Population jeunesse répartie par territoire de CLSC (selon trois groupes d'âge) - 2004	5
TABLEAU 4	Taux d'activité des femmes de 20 à 44 ans, selon la présence d'enfants (1) et l'âge du plus jeune enfant, Québec - 2000	7
TABLEAU 5	Taux d'activité des mères de 20 à 44 ans selon l'âge du plus jeune enfant et le type de famille, Québec - 2000	
TABLEAU 6	Places en services de garde réparties par territoire de CLSC - septembre 2004	8
TABLEAU 7	Distribution du nombre d'élèves et d'écoles dans le secteur public de Laval	9
TABLEAU 8	Enfants Lavallois de 0 à 4 ans, Problèmes de santé et de bien-être par territoire de CLSC - Quelques faits marquants, moyenne 1998-2000	
TABLEAU 9	Aperçu des problématiques par groupe d'âge à partir des évaluations des signalements réalisées par le Centre jeunesse de Laval - 2002-2003	18
TABLEAU 10	Aperçu de certaines manifestations de violence chez les jeunes québécois par groupe d'âge	18
TABLEAU 11	Répartition des 11 organismes communautaires œuvrant auprès de la petite enfance et de leur famille, par territoire de CLSC	25
TABLEAU 12	Répartition des accouchements lavallois entre centres hospitaliers et par territoire de CLSC	27
TABLEAU 13	Nombre d'avis de naissance et proportion de visites postnatales par territoire de CLSC	
TABLEAU 14	Provenances hospitalières des avis de naissance par territoire de CLSC	
TABLEAU 15	Inscriptions aux rencontres prénatales pour groupes ciblés dans chacun des CLSC - 2002-2003	
TABLEAU 16	Nombre de femmes rejointes par l'activité PCNP-OLO par territoire de CLSC	52
TABLEAU 17	Nombre de femmes rejointes par le programme NÉGS par territoire de CLSC	
TABLEAU 18	Nombre de femmes rejointes par le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) par territoire de CLSC	
TABLEAU 19	Nombre de clients ciblés et rejoints par certains des programmes de périnatalité et de pédiatrie ambulatoires - 2002-2003	
TABLEAU 20	Nombre d'écoles et distribution du nombre d'élèves Lavallois selon le niveau scolaire et la CSDL, Laval 2004-2005	
TABLEAU 21	Services de crise et de suivi intensif, Prévalence selon les estimations de l'Association des CLSC-CHSLD du Québec	
TABLEAU 22	Nombre de jeunes desservis, Services psychosociaux des CLSC de Laval (2001-2002) et Service d'intervention dans le milieu du Centre jeunesse de Laval par territoire de CLSC (2002-2003)	
TABLEAU 23	Services psychosociaux, Accueil, évaluation du besoin et orientation, par les quatre CLSC de Laval	105
TABLEAU 24	Nombre de jeunes desservis à la suite d'un signalement, Centre jeunesse de Laval par territoire de CLSC - 2002-2003	124
TABLEAU 25	Évaluations réalisées distribuées selon les groupes d'âge et les problématiques, Centre jeunesse de Laval - 2002-2003	124
TABLEAU 26	Signalements traités par catégorie de signalant, Centre jeunesse de Laval - 2002-2003	
TABLEAU 27	Portrait des ressources d'hébergement, Centre jeunesse de Laval - août 2003	
TABLEAU 28	Nombre de jeunes et de familles Lavallois ayant reçu des services spécifiques de santé mentale et nombre d'interventions, quatre CLSC de Laval - 2003-2004	147
TABLEAU 29	Bilan des activités cliniques du Service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur pour les 0 à 17 ans de la région de Laval - 2003-2004/2004-2005	
TABLEAU 30	Ressources dédiées aux services spécifiques de santé mentale aux jeunes dans chaque CLSC de Laval	
TABLEAU 31	Nombre d'usagers et nombre d'interventions pour problèmes reliés à des comportements ou des idéations suicidaires dans les quatre CLSC de Laval - 2003-2004	
TABLEAU 32	Nombre d'usagers et nombre d'interventions des CLSC auprès des enfants de la naissance à 4 ans présentant une DI ou une DP	
TABLEAU 33	Nombre d'usagers (de la naissance à 21 ans) des services du CRDI Normand-Laramée	
TABLEAU 34	Nombre d'élèves ayant une DI ou un TED à la CSDL	
TABLEAU 35	Répartition de la clientèle au point de service de Laval au début de l'année 2005	
TABLEAU 36	Nombre d'enfants et de jeunes de Laval ayant reçu au moins un service de l'INLB en 2004-2005	
TABLEAU 37	Association montréalaise pour les aveugles a desservi 13 enfants de Laval en 2004-2005	
TABLEAU 38	Enfants et jeunes de Laval desservis par l'IRD en 2004-2005	
TABLEAU 39	Données statistiques 2004-2005	
TABLEAU 40	Données statistiques 2004-2005 sur les élèves handicapés	
TABLEAU 41	Données statistiques 2004-2005 sur les élèves handicapés	
TABLEAU 42	Tableau des références par territoire et par établissements	
	rabidad decirological par territorio et par etablicación cinto	

# Liste des sigles et des acronymes

CAVAC	Centre d'aide aux victimes d'actes criminels de Laval	MESSF	Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille
CDCL	Corporation de développement communautaire	MÉQ	Ministère de l'Éducation (MÉLS depuis 2005)
	de Laval	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
CH	Centre hospitalier	NÉGS	Naître égaux – Grandir en santé
CARL	Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval (anciennement le CHARL)	OC	Organismes communautaires
CJ	Centre jeunesse	OJA	Organismes de justice alternative
CJL	Centre jeunesse  Centre jeunesse de Laval	PACE	Programme d'action communautaire pour les enfants
CLSC	Centre local de services communautaires	PAR	Plan d'action régional de santé publique
CPE	Centre de la petite enfance	PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
CPEQ	·	PI	Plan d'intervention
	Centre de psychoéducation du Québec		
CPIVAS	Centre de prévention et d'intervention pour les victimes d'agression sexuelle	PIC	Programme d'intervention concertée
CRVJ	Comité régional « violence et jeunes »	PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
CS	Commissions scolaires	PNSP	Programme national de santé publique
CSDL	Commission scolaire de Laval	Protocole CLSC-CJ	Protocole d'entente entre les CLSC et
CSSS	Centre de santé et de services sociaux		le Centre jeunesse de Laval
CSWL	Commission scolaire Sir-Wilfrid-Laurier	PRSA	Programmation régionale des services ambulatoires
DI	Déficience intellectuelle	PSI	Plan de services individualisé
DPJ	Directeur de la protection de la jeunesse	PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
DSP	Direction de santé publique	PSOC	Programme de soutien aux organismes
ÉES	École en santé		communautaires
EHDAA	Élèves handicapés ou élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage	PVT RCPEL	Programme vérification-terrain  Regroupement des centres de la petite
ÉIJ	Équipe d'intervention jeunesse	HOPEL	enfance de Laval
É-O	Service de l'évaluation-orientation	RSI-Jeunes de Laval	s Réseau de services intégrés pour les jeunes de Laval (0 à 17 ans)
FEJ	Famille-Enfance-Jeunesse	SAM	Service de l'application des mesures
HJR	Hôpital juif de réadaptation	SIM	Services d'intervention dans le milieu
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la
ITS	Infections transmissibles sexuellement		petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité
IVG	Interruptions volontaires de grossesse	TCOCJL	Table de concertation des organismes
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse	TOOOJL	communautaires jeunesse de Laval
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents	TDA/H	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
LSSSS	Loi sur les services de la santé et	TED	Trouble envahissant du développement
	les services sociaux	TRIL	Travail de rue de l'île de Laval
MELS	Ministère de l'Éducation, des Sports et des Loisirs	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
		Y'APP	Y'a personne de parfait

#### INTRODUCTION

#### Contexte général

Le RSI-Jeunes de Laval a vu le jour en avril 2004 avec les partenaires des trois secteurs d'intervention suivants :

- 1. les établissements du réseau de la santé et des services sociaux;
- 2. le réseau de l'éducation:
- 3. les organismes communautaires.

Ce réseau vise les jeunes de 0 à 17 ans et leur famille. Il est le fruit d'une importante démarche dans laquelle les partenaires se sont engagés à réaliser des travaux qui leur permettent de proposer le mode d'organisation qu'ils ont jugé le plus approprié pour répondre aux objectifs poursuivis, à savoir :

- ✓ la disponibilité des services appropriés aux besoins des jeunes de Laval;
- √ l'accessibilité:
- ✓ la continuité:
- ✓ une évolution des pratiques fondée sur les plus récentes connaissances et sur les interventions jugées efficaces ou prometteuses.

Le RSI-Jeunes de Laval s'est doté d'outils pour soutenir sa démarche, dont le *Portrait de l'organisation des services sociaux et de santé aux enfants, aux jeunes et à leur famille.* 

#### Le Portrait

Dès le début de la démarche d'élaboration du RSI-Jeunes de Laval, les directeurs accompagnateurs ont voulu connaître le point de départ du réseau de la santé et des services sociaux et leurs partenaires sur le plan de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services destinés aux jeunes. Comment se déroulaient les collaborations entre les partenaires? Quelles étaient les contributions respectives et conjointes des divers intervenants dans la réponse aux besoins des jeunes de Laval?

Pour répondre à ces questions, nous avons bâti un portrait en treize trajectoires qui permet une photographie sous trois angles :

- 1. l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux au regard de la disponibilité, de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité de la pratique des services aux jeunes;
- le cheminement du jeune et sa famille ayant recours à un service ou son cheminement dans le réseau de la santé et des services sociaux compte tenu de la responsabilité du réseau qui doit agir sur les facteurs de développement des jeunes ou sur les facteurs de risque des groupes vulnérables;
- 3. l'action des partenaires intersectoriels auprès des jeunes et de leur famille et les liens établis avec eux.

Le présent portrait décrit donc, *en premier lieu*, l'environnement des jeunes Lavallois, c'est-à-dire les caractéristiques générales du territoire de Laval et celles des milieux de vie des jeunes Lavallois de 0 à 17 ans et de leur famille.

En deuxième lieu, ce portrait fait état des problèmes de santé et de bien-être les plus courants et qui ont les conséquences les plus graves sur la santé et le bien-être des jeunes. Il fait aussi état des besoins régionaux observés.

Le cœur du Portrait consiste en la description de treize trajectoires qui correspondent à un continuum d'activités et de services destinés à un groupe d'enfants, de jeunes, et à leur famille, qui partagent des besoins relativement homogènes en raison de leur âge ou d'une problématique commune. Chacune des trajectoires décrit aussi un ensemble d'activités et de services ordonnancés et organisés à l'intérieur de programmations spécifiques et de plans d'action. De plus, elles donnent une brève description de l'action des partenaires intersectoriels au regard de la problématique abordée et des interfaces existantes entre le réseau de la santé et des services sociaux et ces partenaires. *Finalement*, ce portrait met en relief les pratiques efficaces ou les plus porteuses de succès, ainsi que l'état de l'évolution de ces pratiques dans la région de Laval.

Chacune de ces trajectoires permet de faire ressortir les forces de la région, les moyens porteurs d'une meilleure intégration des services, et les enjeux quant à l'accessibilité, à la continuité et à l'évolution des pratiques. Il s'agit d'une sorte d'analyse des écarts entre la situation réelle et la solution souhaitée.

Le portrait issu de cette démarche est dense et exhaustif. Il faut le voir à la fois comme un tout et comme autant d'ouvrages de référence portant sur des trajectoires de services spécifiques.

Par ailleurs, ce type de portrait de trajectoires par **problématiques** ou par **plans d'action** donne un aperçu rapide du morcellement et du fonctionnement en silos, malgré les avancées et les grands efforts d'intégration faits dans la région au cours des dernières années. Aussi, le chapitre 4, « Analyse et perspectives » inscrit le portrait dans une perspective intégrative, basée sur la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services, afin de mieux traduire les buts de cohésion du RSI-Jeunes de Laval.

Ce portrait est le fruit d'une démarche ambitieuse, en raison de la multitude d'informations et de données à défricher, du nombre de personnes à consulter et des multiples sources (documents, banques de données, système d'information, etc.) à étudier. Il arrive à point nommé, alors que le CSSS de Laval s'affaire à définir son projet clinique et, dans ce cadre, à consolider ses alliances avec ses partenaires. Dès le départ, le RSI-Jeunes de Laval a visé les mêmes objectifs que celui de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux autour de la création des CSSS: passer d'une logique de prestation de services à une logique de responsabilisation à l'égard des besoins de la population sur le territoire et travailler au sein d'un réseau intégré avec les partenaires du réseau local et les partenaires intersectoriels. Les démarches du RSI-Jeunes de Laval correspondent d'ailleurs parfaitement bien aux travaux entourant le projet clinique du CSSS de Laval.

Nous souhaitons donc que ce portrait apporte une contribution significative dans le contexte de la mouvance dans lequel le réseau de la santé et des services sociaux est présentement plongé et aide à fortifier les liens entre les partenaires intersectoriels, notamment ceux qui œuvrent en milieu scolaire.

Bonne lecture!

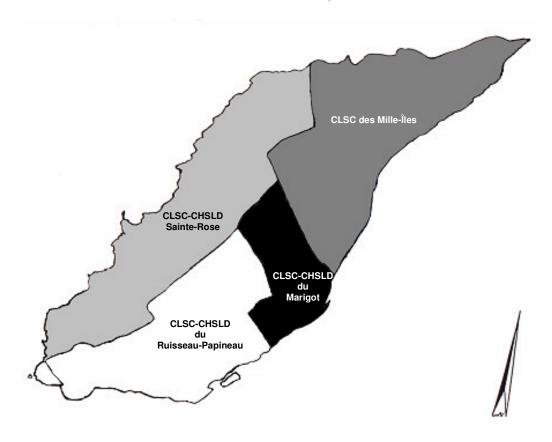
#### LE TERRITOIRE DE LAVAL 1.

#### 1.1 Caractéristiques générales

Avec une population estimée à 358 661 personnes en 2004<sup>1</sup>, Laval est la quatrième ville en importance au Québec - après les nouvelles villes de Montréal, de Québec et de Longueuil - et la huitième région sociosanitaire sur un total de 18<sup>2</sup>. A cours de la période 1986-1991, la région a connu une importante croissance démographique avec un taux de 9,9 %. Cette croissance a baissé de moitié pendant la période 1991-1996<sup>3</sup>, s'établissant à 4,4 %, puis a augmenté légèrement pour atteindre 6,7 % pendant les années 1996-2004. Cette croissance est principalement attribuable à l'augmentation du nombre de résidents de 45 ans et plus, particulièrement ceux de 65 ans et plus. Selon les projections sur l'évolution de la population d'ici 2016, cette tendance devrait se maintenir.

Laval compte quatre territoires de Centre local de services communautaires (CLSC) :

- ✓ Au nord, le territoire du CSLC-CHSLD Sainte-Rose de Laval;
- ✓ À l'est, le territoire du CLSC des Mille-Îles CHSLD Laval;
- ✓ Au centre, le territoire du CLSC-CHSLD du Marigot;
- ✓ À l'ouest, le territoire du CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau.



Direction de santé publique, Régie régionale de Laval, Projections de population de l'Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

Idem.

Idem.

La population se répartit comme suit entre les divers territoires de CLSC :

**TABLEAU 1** Population répartie par territoire de CLSC - 2004

	Marigot	Mille-Îles	Ruisseau-Papineau	Sainte-Rose de Laval	Laval
Population	83 495	51 382	106 133	117 651	358 661
(%)	23,3	14,3	29,6	32,8	100,0

Source: Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Projections de population de l'Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

Au Québec, après Montréal-Centre, la région de Laval est celle qui accueille le plus d'immigrants (15,5 % en 2001); cette proportion atteint 26 % sur le territoire du CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau. En effet, 14 % de la population lavalloise parle l'anglais ou une autre langue à la maison; sur le territoire du CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau, cette proportion s'élève à 32 %.

« Sur le plan économique, Laval bénéficie d'une situation favorable. Tout d'abord, le secteur commercial est appréciable comparativement à l'ensemble du Québec, proportionnellement moins de personnes ont moins de neuf ans de scolarité, le taux de chômage est inférieur, la proportion des prestataires de l'assistance-emploi est faible de même que la proportion de personnes de 65 ans et plus bénéficiant du Supplément du revenu garanti<sup>4</sup>. »

En considérant l'indicateur de la proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu, nous constatons que le territoire du CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau (21%) présente toujours, en 2001, des taux supérieurs à l'ensemble lavallois (16%), ce qui dénote une plus grande vulnérabilité socioéconomique pour ce secteur, c'est également le cas pour le territoire du CLSC-CHSLD du Marigot  $(24\%)^5$ .

#### 1.2 Les jeunes Lavallois de 0 à 17 ans

#### 1.2.1 Leur nombre

Au nombre de 74 981 (2004), les jeunes de 0 à 17 ans représentent 21 % de la population totale de Laval (au Québec : 21 %). Les garçons et les filles y sont représentés presque également (38 159 garçons, soit 51 %; 37 338 filles, soit 49 %). Contrairement à l'ensemble de la population lavalloise, on observe une diminution de la population jeunesse qui devrait atteindre 65 823 jeunes en 2016. Ce qui représente une diminution de 7 % par rapport à 1986. Pour la même période, la diminution dans l'ensemble du Québec pourrait être de 18 %<sup>6</sup>.

Agence de santé et de services sociaux de Laval

<sup>4.</sup> INSPQ, Le portrait de la santé : le Québec et ses régions, 2001, page 118.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Direction de santé publique; Données du recensement 2001, Statistique Canada, 2001.

<sup>6.</sup> Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Direction de santé publique, Un portrait de la santé et du bien-être de la jeunesse à Laval : État de situation, page 6.

En 2004, 38 % de ces jeunes Lavallois vivent sur le territoire du CLSC-CHSLD Sainte-Rose de Laval, 28 % et 21 % vivent respectivement sur les territoires des CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau et du Marigot tandis que 13 % des jeunes se trouvent sur le territoire du CLSC des Mille-Îles.

**TABLEAU 2** Population jeunesse répartie par territoire de CLSC, 2004

Marigot		Mille-Îles		Ruisseau-Papineau		Sainte-Rose de Laval		Laval	
Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
15 908	21,2	9 789	13,1	21 138	28,2	28 146	37,5	74 981	100 %

Source : Direction de santé publique, Régie régionale de Laval, Projections de population de l'Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

Quarante pour cent (40 %) de ces jeunes Lavallois ont entre 5 et 11 ans, 37 % ont entre 12 et 17 ans, et 24 % ont entre 0 et 4 ans (petite enfance). Ces trois groupes d'âge se répartissent de manière à peu près équivalente entre les territoires des CLSC.

TABLEAU 3 Population jeunesse répartie par territoire de CLSC (selon trois groupes d'âge) - 2004

Groupe d'âge	Marigot		Mille-Îles		Ruisseau-Papineau		Sainte-Rose de Laval		Laval	
Groupe u age	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
0 à 4 ans	3 840	24,1	2 315	23,6	5 296	25,1	6 251	22,2	17 702	23,6
5 à 11 ans	6 328	39,8	3 675	37,5	8 405	39,8	11 262	40,0	29 670	39,6
12 à 17 ans	5 740	36,1	3 799	38,8	7 437	35,2	10 633	37,8	27 609	<i>36,8</i>
TOTAL	15 908	21,2	9 789	13,1	21 138	28,2	28 146	37,5	74 981	100 %

Source : Direction de la santé publique, Régie régionale de Laval, Projections de population de l'Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

#### 1.2.2 Leur origine ethnique

Bien que les jeunes Lavallois soient davantage nés au Canada que leur aînés (en 2001, 16 % de la population lavalloise est issue de l'immigration par rapport à 3 % chez les moins de 15 ans et 9 % chez les 15 à 24 ans), 19 % des jeunes de 0 à 14 ans ont l'anglais ou une langue non officielle comme langue maternelle. Sur le territoire du CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau, où la proportion d'immigrants de tout âge est la plus forte (26 %), 13 % des jeunes de moins de 15 ans ont l'anglais comme langue maternelle et 22 %, une langue non officielle. Parmi les autres langues, le grec, l'arménien, l'italien et l'arabe sont les plus fréquemment utilisées à Laval<sup>7</sup>.

#### 1.2.3 Leurs conditions économiques et d'adaptation sociale

Sur le plan économique, on l'a vu plus haut, la situation de Laval se compare favorablement à celle de l'ensemble du Québec, il n'en demeure pas moins que :

√ 1996, 27 % des enfants de 0 à 5 ans vivent sous le seuil de faible revenu. Sur les territoires des CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau et du Marigot, cela représente un enfant de 0 à 5 ans sur trois<sup>8</sup>:

<sup>7.</sup> *Idem*, page 8.

<sup>8.</sup> Les seuils de faible revenu par groupe d'âge ne sont pas encore disponibles pour 2001.

- ✓ 2001, 13 % des familles vivent sous le seuil de faible revenu;
- ✓ 2003, 7,3 % des ménages lavallois bénéficient de l'assistance-emploi, ce taux est de 0,6 % pour les couples ayant des enfants et atteint 1,2 % chez les familles monoparentales;
- ✓ 2001, il y a 15,4 % de familles monoparentales à Laval (16,6 % au Québec);
- ✓ selon le recensement de 2001, 14 % des travailleurs lavallois, âgés de 20 à 34 ans, ne possèdent pas de certificat d'études secondaires, 17 % chez les jeunes hommes;
- ✓ selon les données 2000-2001 de la Commission scolaire de Laval (CSDL), 24 % des élèves du cinquième secondaire sont sortis sans diplôme;
- ✓ selon leurs données de 2001-2002, la CSDL et la Commission scolaire Sir-Wilfrid-Laurier (CSWL)
  comptent respectivement 2 298 et 80 élèves handicapés ou élèves en difficulté d'adaptation ou
  d'apprentissage (EHDAA) 569 et 154 élèves handicapés seraient accueillis respectivement à la
  CSDL puis à la CSWL;
- ✓ le nombre de signalements reçus par le Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) a significativement augmenté depuis 1999-2000, passant de 1 800 à 2 435 en 2002-2003;
- ✓ on peut aussi parler d'une augmentation du nombre de signalements retenus puisque ce nombre est resté stable au cours des quatre dernières années, passant de 1 019 en 1999-2000 à 1 050 en 2002-2003 alors que la population des jeunes a été en diminution.

#### 1.2.4 Des inégalités de santé et de bien-être contre lesquelles on doit agir

Outre ces indicateurs classiques de l'état de santé et de bien-être d'une population, on considère de plus en plus la défavorisation sociale, c'est-à-dire la fragilité du réseau social (de la famille à la communauté), pour mettre en relation le niveau de défavorisation et l'état de santé et de bien-être. Les travaux de recherche selon cette approche rappellent que la lutte contre les inégalités économiques et sociales constitue encore et toujours un enjeu majeur pour notre système de santé<sup>10</sup>. En effet, l'étude de Robert Pampalon « Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998 » démontre que le potentiel de gain pourrait se chiffrer à 14 années de vie en santé pour les plus démunis si ces derniers atteignaient les valeurs (économiques et sociales) actuellement obtenues par la population la plus favorisée du Québec<sup>11</sup>.

Par ailleurs, notons que l'organisation des services sociaux et de santé compte parmi les déterminants de la santé et du bien-être et que leur accès équitable fait partie de la lutte contre les inégalités de santé et de bien-être.

#### 1.3 Les milieux de vie des jeunes Lavallois

#### 1.3.1 Les familles

La vie en famille reste le cadre de vie de la majorité de la population du Québec. Lors du dernier recensement, 83 % des Québécois et Québécoises ont déclaré vivre dans une famille et 87 % de la population lavalloise. Le nombre de familles est en progression constante et son rythme de croissance dépasse celui de la population totale. Bien que les familles biparentales soient encore en forte

-

<sup>9.</sup> Données du Programme d'assistance-emploi du MESSF, 2003. Ces chiffres font référence à la proportion des requérants sur le nombre de ménages lavallois selon le recensement de 2001.

<sup>10.</sup> INSPQ, Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998, Note de recherche, page 10.

<sup>11.</sup> Idem.

majorité, la monoparentalité constitue une réalité de plus en plus répandue. Au Québec, 26 % de celles qui ont des enfants sont monoparentales et, à Laval, 24 %. Autre phénomène croissant des dernières décennies : le taux de participation des mères au marché du travail n'a cessé de progresser. En l'an 2000, 73,9 % des mères québécoises ayant des enfants de moins de 16 ans sont sur le marché du travail.

À Laval, en 2001, le nombre de familles dont tous les enfants sont mineurs est de  $37\,505^{12}$ , ce qui représente 59 % des familles lavalloises avec enfants. Il y a eu une légère baisse depuis 1996. Quatre-vingts pour cent ( $80\,\%$ ) d'entre elles sont biparentales tandis que 20 % de ces familles avec enfants mineurs sont monoparentales. Près de la moitié des familles biparentales avec enfants en ont deux ( $44\,\%$ ). Concernant ces données, il y a peu de différences significatives entre trois des territoires de CLSC sauf pour celui de Sainte-Rose de Laval où la proportion de familles avec enfants mineurs est un peu plus élevée ( $65\,\%$ ).

Le taux de participation des mères lavalloises au marché du travail serait semblable à celui de l'ensemble des Québécoises : en 2000, le taux d'activité des mères ayant des enfants de moins de 16 ans se situe à 73,9 % et à 66,5 % pour celles ayant un enfant de moins de trois ans.

TABLEAU 4 Taux d'activité des femmes de 20 à 44 ans, selon la présence d'enfants<sup>(\*)</sup> et l'âge du plus jeune enfant, Québec - 2000

				Femmes sans enfants
MC	16 ans	6 ans	3 ans	
Mères avec enfants de moins de	73,9 %	69,4 %	66,5 %	84,8 %

<sup>\*</sup> Enfants de moins de 16 ans.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active (compilation effectuée par l'ISQ).

TABLEAU 5 Taux d'activité des mères de 20 à 44 ans selon l'âge du plus jeune enfant et le type de famille, Québec - 2000

Familles biparentales avec enfants de moins de	16 ans 74,2 %	<b>6 ans</b> 70,6 %	3 ans 68,1 %
Familles monoparentales avec enfants de moins de	<b>16 ans</b> 71,9 %	<b>6 ans</b> 58,9 %	3 ans 46,5 %

Source: Statistique Canada, Enquête sur la population active (compilation effectuée par l'ISQ).

#### 1.3.2 Les milieux substituts

Certains enfants et jeunes en difficulté ne vivent pas dans leur famille. On compte quelque 240 places dans des ressources de type familial (*RTF* : 103), dans des ressources intermédiaires (*RI* : 18), dans les foyers de groupe (45) ou encore en hébergement au Centre jeunesse de Laval (CJL) (74). D'autres enfants et jeunes présentant des déficiences vivent aussi en dehors de leur famille.

<sup>12.</sup> Si on inclut les familles avec au moins un enfant mineur et des enfants de 18 ans et plus, le nombre est de 44 040 ou 69 % des familles avec enfants.

Bien qu'offrant des séjours de courte durée, la *Maison d'hébergement l'Envolée* accueille aussi des jeunes qui, temporairement, ont besoin de prendre une distance avec leur famille. La *Maison d'hébergement l'Envolée* dispose de huit places chacune étant occupée par un jeune en moyenne 59 jours par année. En 2002-2003, quarante et un (41) jeunes de 16 à 20 ans ont ainsi été hébergés.

#### 1.3.3 Les services de garde<sup>13</sup>

Avec le taux de participation des mères au marché du travail, y compris celui des femmes ayant de tout jeunes enfants évoqué plus haut (69, 4 % pour les enfants de moins de 6 ans; 66,5 % chez les moins de 3 ans<sup>14</sup>), une bonne partie de ceux-ci se sont vu diversifier leurs milieux de vie dès leur tout jeune âge.

En effet, une forte majorité des petits lavallois ayant de 0 à 4 ans fréquentent un service de garde ou passent plusieurs heures de la journée avec une autre personne que leur parent.

Dans le seul réseau des services de garde encadrés par l'État<sup>15</sup>, on retrouve autour de 49 % des enfants Lavallois ayant de 0 à 4 ans (*en plus grand nombre, ceux ayant 3 et 4 ans*). Selon les données du ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille (MESSF), les quelque 9 600 places de services de garde à contribution réduite (7 \$) rendues disponibles en septembre 2004 à Laval répondent à 89 % des besoins de la région. En 2006<sup>16</sup>, 11 000 places seraient rendues disponibles; cela correspondrait à 63 % du total estimé des enfants Lavallois ayant de 0 à 4 ans pour l'année 2006.

**TABLEAU 6** Places en services de garde<sup>17</sup> réparties par territoire de CLSC - septembre 2004

Nombre de places en services de garde	Marigot	Mille-Îles	Ruisseau-Papineau	Sainte-Rose de Laval	Laval
Places en CPE : . installation . milieu familial	740 1 249	384 785	593 947	1 002 1 445	2 719 4 426
Places en garderie	676	137	1 073	565	2 451
TOTAL	2 665	1 306	2 613	3 012	9 596
Nombre de places par rapport au total des enfants 0 à 4 ans	69 %	56 %	49 %	48 %	55 %

Source : MESSF, Direction générale des services à la famille, 30 septembre 2004.

Pour répondre aux besoins de conciliation travail-famille, les places en services de garde encadrées par l'État sont rendues disponibles jusqu'à 261 jours par année, 10 heures par jour. Les enfants peuvent donc y passer beaucoup de temps. À l'échelle du Québec, près de 77 % des familles qui ont recours à ces services de garde les utilisent à temps complet, soit cinq jours par semaine. Quatrevingt-cinq pour cent (85 %) des enfants reçus dans les services de garde sont issus de familles dont les deux parents travaillent (ou le parent de la famille monoparentale travaille).

-

<sup>13.</sup> Dans cette section, la source des données concernant les places en services de garde rendues disponibles par l'État, provient du site Internet du MESSF, sous les rubriques – Services de garde; statistiques.

<sup>14.</sup> Statistique Canada, Enquête sur la population active (compilation effectuée par l'ISQ, Site Internet – MESSF).

<sup>15.</sup> Les services de garde encadrés par l'État comprennent les CPE (CPE de type installation et de type milieu familial) et les garderies.

<sup>16. 2006</sup> est l'année prévue pour terminer de nouvelles places.

<sup>17.</sup> Encadrées par l'État.

En plus de favoriser la conciliation travail-famille, le gouvernement, par ses services de garde que sont les centres de la petite enfance (CPE) (*installation et milieu familial*) et les garderies, poursuit un objectif de développement des enfants et d'égalité des chances pour tous. C'est pourquoi le programme éducatif qui y est préconisé vise à favoriser l'épanouissement de l'enfant dans toutes ses dimensions. La qualification du personnel a ainsi été au cœur du développement de ces services.

En cela, le développement de ces services de garde correspond, entre autres, aux connaissances les plus récentes sur la petite enfance concernant la précocité des compétences de l'enfant et l'importance de sa stimulation précoce sur la réussite scolaire et sociale.

#### 1.3.4 L'école : un milieu de vie prépondérant pour les jeunes

Tout enfant résidant au Québec et qui a atteint l'âge de six ans doit fréquenter une école jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de 16 ans. Il a aussi droit, à partir de l'âge d'admissibilité (qui varie entre 4 et 5 ans) et jusqu'à l'âge de 18 ans (21 ans, dans le cas d'une personne handicapée), au service de l'éducation préscolaire et aux services d'enseignement primaire et secondaire prévus dans la Loi sur l'instruction publique. Il s'agit donc à la fois d'une obligation et d'un droit, tous deux conférés dans ladite loi.

En raison du régime pédagogique adopté au Québec, les enfants ayant de 5 à 16 ans se retrouvent donc à l'école au moins 180 jours par année à raison de 20 à 25 heures par semaine. Ceux qui fréquentent des écoles privées ou font partie d'un projet éducatif particulier de même que ceux qui utilisent les services de garde scolaires (*et ils sont nombreux*), peuvent évoluer dans les lieux de l'établissement « école » plus de 180 jours par année et plus de 25 heures par semaine.

À Laval en 2004-2005, le secteur public accueille près de 46 000 élèves à l'éducation préscolaire, primaire et secondaire, répartis dans 89 écoles. La CSDL, francophone, accueille plus de 39 000 élèves répartis dans 59 écoles primaires et 16 écoles secondaires 18. La CSWL, anglophone, reçoit près de 7 000 élèves dans ses écoles du territoire de Laval, soit 10 écoles primaires et quatre écoles secondaires 19. Quatre-vingt-cinq pour cent (85 %) des élèves fréquentent donc le secteur francophone alors que 15 % se retrouvent dans le secteur anglophone. Par ailleurs, un peu plus de 4 000 enfants et jeunes Lavallois fréquenteraient les écoles privées de Laval<sup>20</sup>.

TABLEAU 7 Distribution du nombre d'élèves et d'écoles dans le secteur public de Laval

	Préscolaire et Primaire	Secondaire	Total
CSDL (2004-2005)	59 écoles	16 écoles	38 949
	23 179 élèves	15 770 élèves	(85 %)
CSSWL	10 écoles	4 écoles	6 871
	4 213 élèves	2 658 élèves	(15 %)
Total: 89 écoles publiques; 45 820 élèves	69 écoles 27 392 élèves	20 écoles 18 428 élèves	45 820

Sources: CSDL et CSSWL, Données sur la clientèle scolaire 2004-2005.

<sup>18.</sup> CSDL, Clientèle scolaire 2004-2005, 20-10-2004.

<sup>19.</sup> Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Un portrait de la santé et du bien-être de la jeunesse à Laval : État de situation, page 12.

<sup>20.</sup> MELS, Le Portrait statistique de l'éducation par région, 2004.

À quelques exceptions près, les quelque 57 000 jeunes Lavallois ayant de 5 à 17 ans passent donc à l'école une bonne partie de 12 années de vie qui comprennent des étapes de transitions cruciales. Ce qui fait de l'école un des milieux de vie les plus significatifs.

En plus du rôle primordial que joue l'école en ce qui a trait au développement intellectuel et à l'acquisition de connaissances, le jeune y établit des relations essentielles avec ses pairs lui permettant de faire des apprentissages liés au « vivre-ensemble » et à ses compétences sociales<sup>21</sup>.

Par ailleurs, la forte corrélation entre le niveau de scolarité et la réussite économique et sociale à l'âge adulte n'est plus à démontrer. « Les adolescents qui échouent à l'école sont généralement ceux qui ne réussissent par leur passage à la vie adulte et, de ce fait, ne seront pas en mesure de contribuer pleinement à la société. Il existe toute une gamme de conséquences économiques à l'abandon scolaire prématuré, tels les coûts de l'assistance sociale, des services sociaux et de santé, le manque à gagner en matière de productivité. Mais plus dramatiques encore sont les diverses formes de marginalisation liées à l'échec scolaire : délinquance, grossesses précoces, toxicomanies, problèmes de santé et incapacité à s'intégrer au marché du travail<sup>22</sup> » (et de mal-être : faible estime de soi, isolement social, repli sur soi, etc.).

Ainsi, malgré le rôle considérable d'autres environnements, l'école représente un milieu de vie bien particulier pour les jeunes et leur famille.

#### 1.3.5 La communauté

En plus de ces milieux de vie communs à l'immense majorité des enfants et des jeunes, certains d'entre eux fréquentent d'autres lieux communautaires comme les maisons de la famille, les maisons de jeunes, les centres sportifs, de loisirs et de culture de Ville de Laval.

#### 1.3.6 Les organismes communautaires

Tout en fournissant des services sociaux et de santé, les organismes communautaires offrent à des groupes de personnes ayant des caractéristiques communes des lieux d'appartenance et de transition, des réseaux de partage, d'entraide et d'action. Guidés par une perspective d'égalité des chances et de solidarité et enracinés dans les quartiers, les organismes communautaires participent de plain-pied au développement social des communautés et offrent des lieux originaux qui viennent enrichir la vitalité de celles-ci. Dans ces espaces de vie communautaire, plusieurs jeunes de 0 à 17 ans et leur famille sont accueillis chaque année.

À Laval, une quarantaine d'organismes communautaires œuvrent auprès des enfants, des jeunes et de leur famille, dont près d'une dizaine de maisons de la famille réparties dans tous les quartiers de Laval et six maisons de jeunes. Ces « maisons » accueillent enfants, familles et jeunes autour d'activités et de projets communs en réponse à des besoins variés.

-

<sup>21.</sup> Adapté de Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes, MÉQ, page 4.

<sup>22.</sup> Paquet, Ginette, Pour aller au-delà des croyances quant à l'égalité des chances de réussite : un bilan de recherche sur l'intervention préscolaire en milieu défavorisé, Revue canadienne de psycho-éducation, vol. 27, no. 1, 1998, 75-106.

#### 1.3.7 Ville de Laval

Bon nombre de jeunes utilisent aussi les infrastructures de loisirs et d'activités communautaires de Ville de Laval pour combler leurs besoins de divertissements, de sports individuels ou collectifs et de culture. Dans tous les cas, il s'agit d'espaces collectifs où les enfants, les jeunes et les familles occupent une place importante. Huit bureaux municipaux de loisirs (dont deux satellites) sont installés dans les quartiers de Ville de Laval pour gérer ces infrastructures et les mettre à la disposition d'organismes sans but lucratif reconnus par la Ville. Ces organismes, fortement constitués de citoyens bénévoles (souvent parents), offrent les activités. Nous n'avons toutefois pas de données qui pourraient nous informer du nombre d'enfants, de jeunes et de familles qui se retrouvent chaque année dans ces lieux municipaux que sont les arénas, gymnases, locaux communautaires, parcs et bibliothèques.

#### 2. LES BESOINS LIÉS À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE DES JEUNES ET DE LEUR FAMILLE

#### 2.1 Le contexte lavallois

Peu de données proprement lavalloises sont disponibles pour rendre compte de l'état de santé et de bien-être de la population. Toutefois, plusieurs travaux confirment que la structure de la population lavalloise s'apparente beaucoup à celle du Québec<sup>23</sup> et que les données sociosanitaires de la région se rapprochent des données nationales<sup>24</sup>. Pour une bonne part, nous utiliserons celles-ci pour donner un aperçu de l'état de santé et de bien-être de la jeunesse et en faire ressortir ses besoins.

Plusieurs études récentes confirment que l'état de santé de la population québécoise s'est amélioré ces dernières années. Toutefois, plusieurs problèmes demeurent préoccupants compte tenu de leur ampleur, de leur gravité ou de leur recrudescence. Par ailleurs, certaines conditions appréciables de la santé et du bien-être sont dues à des actions soutenues qu'il y a lieu de maintenir pour garder les acquis. Ces constats sur l'état de santé de la population de même que l'identification des problèmes sociaux et de santé sont établis à l'aide de données d'hospitalisation, de mortalité, d'utilisation de services ou encore par des enquêtes de population.

#### 2.2 Les problèmes de santé et de bien-être les plus importants

#### 2.2.1 Les enfants de 0 à 4 ans

Ainsi, chez les enfants ayant de 0 à 4 ans, les problèmes qui inquiètent sont :

- √ la prématurité;
- √ l'insuffisance de poids à la naissance:
- √ les anomalies congénitales;
- ✓ les traumatismes (principalement dus aux chutes, aux blessures à domicile et aux empoisonnements);
- ✓ les nouveau-nés infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH);
- ✓ les retards de développement (moteur, langagier, cognitif, et social);
- √ l'agressivité persistante en bas âge.

Chez les enfants en bas âge, on constate que les problèmes de santé physique et les problèmes de développement peuvent être très liés et que jusqu'à 4 ans, il s'agit d'un groupe d'âge particulièrement susceptibles de rencontrer des problèmes de santé physique. En outre, les problèmes qui compromettent le développement de l'enfant peuvent concerner les étapes de la grossesse, la naissance et les premiers mois de vie.

-

<sup>23.</sup> INSPQ, Le portrait de santé, Le Québec et ses régions, Édition 2001, page 118.

<sup>24.</sup> Quelques publications récentes: Direction de la santé publique, Régie régionale de Laval, Profil sociosanitaire de la région de Laval; Direction de santé publique, Régie régionale de Laval, Enquête sociale et de santé 1998, Rapport régional Laval.

#### À Laval,

- ✓ La proportion des naissances vivantes prématurées est passée de 6,6 % en 1993 à 7,3 % en 2000.
- ✓ De 5,3 % en 1993, la proportion d'insuffisance de poids à la naissance est passée à 5,4 % en 2000. (La proportion est plus élevée chez les enfants de mères de moins de 18 ans).
- ✓ Soixante pour cent (60 %) des décès chez les jeunes se rapportent aux enfants ayant de 0 à 2 ans (1994-1998) et la cause principale est reliée aux affections périnatales, suivie des anomalies congénitales<sup>25</sup>.
- ✓ Les trois principales causes d'hospitalisation chez les enfants Lavallois de 0 à 4 ans sont les maladies de l'appareil respiratoire (40 %), principalement les maladies pulmonaires chroniques et les affections aiguës des voies respiratoires, suivies de loin par les maladies de l'appareil digestif (8 %)<sup>26</sup>.
- ✓ Les chutes représentent le motif d'hospitalisation pour traumatismes le plus fréquent quel que soit l'âge des enfants et des jeunes ayant de 0 à 17 ans<sup>27</sup>.
- ✓ Sur 2173 appels pour la région de Laval, au Centre antipoison du Québec, 46 % concernent des enfants ayant de 0 à 5 ans (2000). Le type d'intoxication le plus fréquent chez ces enfants est l'absorption involontaire de médicaments ou autre substance<sup>28</sup>.
- ✓ En se basant sur la proportion de 20 % au Québec, on peut estimer que 709 enfants Lavallois de deux ans présentent un retard de développement cognitif; (20 % de 3 545 en 2004).
- ✓ Chaque année, 102 bébés naissent de mères de moins de 20 ans (moyenne de 1998-2000).

TABLEAU 8 Enfants Lavallois de 0 à 4 ans, Problèmes de santé et de bien-être par territoire de CLSC - Quelques faits marquants, moyenne 1998-2000

	Marigot	Mille-Îles	Ruisseau-Papineau	Sainte-Rose de Laval	Laval
Nombre moyen de naissances vivantes	800	451	1032	1187	3471
% naissances de bébés de <37 semaines	8,4	7,6	7,0	6,6	7,3
% naissances de bébés de <2 500 g	6,7	5,8	5,2	5,5	5,7
Nombre moyen de naissances de bébés de mères de <20 ans	42	13	23	23	102

Source: Fichier naissances, MSSS, 1998-2000.

<sup>25.</sup> Direction de santé publique, Régie régionale de Laval, Un portrait de la santé et du bien-être de la jeunesse à Laval : État de situation, février 2002, page 33.

<sup>26.</sup> *Idem*, page 30

<sup>27.</sup> *Idem*, page 32.

<sup>28.</sup> *Idem*, page 32.

#### 2.2.2 Les jeunes de 5 à 17 ans

La grande majorité des jeunes de 5 à 17 ans sont en bonne santé et se portent bien. Toutefois, les stades de développement de ces jeunes sont traversés par des facteurs de risque et des problèmes se rapportant à leur développement et à leur santé physique qui entraînent des besoins d'intervention de prévention, d'aide et de soutien. Il s'agit notamment de problèmes liés aux habitudes de vie, à l'alcool et à la consommation de drogues, de problèmes d'adaptation et d'intégration sociale, de problèmes de santé mentale et de suicide.

Quelques constats issus d'études québécoises et régionales récentes permettent d'apprécier les situations les plus préoccupantes :

- ✓ Les causes importantes de maladie et de mortalité que sont le tabagisme, l'excès de poids et le manque d'exercice physique restent à un niveau élevé au Québec et, à moins de progrès substantiels, en particulier chez les jeunes, on peut prévoir des conséquences néfastes sur la santé des générations futures<sup>29</sup> :
  - 28 % des jeunes Lavallois de 12 ans et plus fument (29,5 % au Québec)<sup>30</sup>;
  - au Québec, une étude auprès des jeunes de 9, 13 et 16 ans, menée en 1999, a identifié que 15 % des jeunes de chaque catégorie d'âge ont un surplus de poids. Ainsi, 11 % à 13 % des jeunes présentaient un embonpoint et 3 à 4 % de l'obésité<sup>31</sup>.

Notons aussi que l'insatisfaction à l'égard du poids et de l'image corporelle représente un problème préoccupant chez les enfants et les adolescents. En effet, malgré le fait que 80 % des jeunes ont un poids normal, 45 % des enfants et 60 % des adolescents sont insatisfaits de leur image corporelle; les pratiques de contrôle de poids, telles que sauter des repas, jeûner toute une journée et commencer ou recommencer à fumer, semblent très clairement installées chez plusieurs d'entre eux<sup>32</sup>. Si bien que 30 % des enfants de neuf ans font des efforts pour perdre du poids, alors que le tiers des adolescents de 13 et 16 ans cherchent à contrôler leur poids<sup>33</sup>. Ces difficultés peuvent conduire à des troubles alimentaires comme l'anorexie et la boulimie<sup>34</sup>.

- ✓ Environ 6 % des élèves du secondaire présentent une consommation problématique<sup>35</sup> de drogues et d'alcool<sup>36</sup>.
- ✓ Les infections transmissibles sexuellement (ITS) affectent surtout les adolescentes et les jeunes femmes adultes de 15 à 24 ans. Chez les femmes, ces infections peuvent engendrer des dommages irréversibles, entre autres, sur le système reproducteur et sur la santé des nouveau-

<sup>29.</sup> INSPQ, Le portrait de santé, Le Québec et ses régions, page 30.

<sup>30.</sup> Agence de santé et de services sociaux de Laval, Direction de santé publique, *Le tabagisme, les jeunes et la santé : faits saillants*, Mise à jour octobre 2003.

<sup>31.</sup> Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 14, p. 311-344.

<sup>32.</sup> MSSS, Programme national de santé publique 2003-2012, page 37.

<sup>33.</sup> Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 14, p. 311-344.

<sup>34.</sup> MSSS, Programme national de santé publique 2003-2012, page 37.

<sup>35.</sup> Consommation problématique : au moins cinq consommations en une seule occasion, cinq fois ou plus en douze mois, Définition tirée de *Programme national de santé publique 2003-2012*, MSSS, page 36.

<sup>36.</sup> MSSS, Programme national de santé publique 2003-2012, Page 36.

nés<sup>37</sup>. L'infection la plus fréquente est la chlamydiose génitale. Cette infection est en augmentation depuis 1996, autant à Laval qu'au Québec. En 2003, il y a eu 150 cas de chlamydiose génitale déclarés chez les jeunes Lavalloises de 15 à 19 ans, dont plus de la moitié (81) chez les jeunes de 15 à 17 ans. Autre situation préoccupante, plusieurs cas d'infections gonococciques génito-urinaires ont été déclarés en 2003 chez des jeunes Lavalloises de 15 à 17 ans, alors que seulement un cas avait été déclaré dans ce groupe d'âge au cours des cinq dernières années.

- Outre la protection lors de relations sexuelles, la contraception demeure une problématique majeure à l'adolescence. D'une part, on compte, chez les jeunes québécoises, près de trois interruptions volontaires de grossesse (IVG) pour chaque naissance. Par ailleurs, les conséquences d'une grossesse précoce menée à terme sont nombreuses et elles peuvent être d'ordre psychologique ou social. Elles représentent notamment un risque important de décrochage scolaire et de dépendance à l'aide sociale<sup>38</sup>.
- ✓ Les études démontrent que 10 à 15 % des enfants vont avoir des difficultés d'adaptation au cours de leur vie<sup>39</sup>. Si on applique ces données à la région de Laval (2004), il s'agit d'un potentiel de 5 700 à 8 600 enfants de 5 à 17 ans en 2004.
- Les motifs prédominants de consultation psychosociale en CLSC se résument ainsi : problèmes d'adaptation sociale, de développement et de croissance personnelle, incluant les troubles d'apprentissage.
- ✓ En 2002, le CJL a traité 2 435 signalements au DPJ, il s'agit d'une augmentation de 34,7 % depuis 1999. Sur les 2 435 signalements reçus, 1 050 ont été retenus pour évaluation. Au 31 mars 2003, 767 dossiers étaient actifs à l'application des mesures. Au total, bon an mal an, 2 000 jeunes font l'objet d'une intervention dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ).
- Depuis une dizaine d'années, les études épidémiologiques canadiennes estiment la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les jeunes à environ 20 %. Parmi ceux-ci, 1,13 % sont susceptibles de vivre une pathologie psychiatrique sévère<sup>40</sup>. Dans son Plan d'action en santé mentale 2005-2008 (*en consultation*), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) confirme ces données de prévalence. Il fait état d'une prévalence de 15 à 20 % de troubles mentaux chez les jeunes de moins de 18 ans dont le tiers sont graves<sup>41</sup>. Ces données appliquées à la population des jeunes de 5 à 17 ans de Laval (*57 279 jeunes*) nous indiquent qu'entre 8 600 et 11 500 jeunes vivront un problème de santé mentale et qu'autour de 3 000 d'entre eux seront affectés par un trouble mental grave.
- À lui seul, le Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) représenterait le tiers des références aux services de santé mentale destinés aux enfants. Sur le territoire de Laval, le taux général de traitement par psychostimulants est de 4,56 % chez les élèves du primaire des

38. INSPQ, Le portrait de santé, le Québec et ses régions, page 25.

<sup>37.</sup> *Idem*, page 53.

<sup>39.</sup> MSSS, Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille, page 13.

<sup>40.</sup> Hôpital Charles-LeMoyne, Grandir en santé mentale en Montérégie, page 19.

<sup>41.</sup> MSSS, Plan d'action en santé mentale 2005-2008 (en consultation), janvier 2005, page 9.

écoles publiques de Laval (1999)<sup>42</sup>. Il s'agit donc de quelque 1 350 élèves<sup>43</sup>. Ce traitement se donne du niveau préscolaire à la 6<sup>e</sup> année.

- √ À Laval, 24 % des jeunes Lavallois de 15 à 24 ans ont un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique<sup>44</sup>.
- ✓ Le suicide, pour sa part, a pris de l'ampleur depuis 1990, particulièrement chez les jeunes de 15 à 19 ans, le Québec se retrouvant avec le taux de suicide à l'adolescence le plus élevé. En outre, le suicide est la première cause de décès chez les jeunes hommes de 15 à 29 ans<sup>45</sup>.
- ✓ D'autres problématiques que le suicide se manifestent fortement dans des groupes d'âges qui comprennent le passage de la minorité à la majorité. Il s'agit notamment de la détresse psychologique, des morts violentes par traumatismes routiers et suicide (*surtout chez les jeunes hommes*), de la grossesse à l'adolescence, des infections transmises sexuellement ou par le sang. De même, la consommation de drogues est plus importante chez les jeunes adultes que chez les adolescents (*chez les garçons seulement*)<sup>46</sup>.
- ✓ Dans ces groupes d'âge compris entre 15 ans et le début de la vingtaine, l'arrimage déficient entre les services sociaux aux adultes et ceux offerts aux jeunes peuvent aggraver les problèmes et mener vers des situations extrêmes telle l'itinérance.
- ✓ Ainsi, certains jeunes adultes de 16 à 25 ans courent plus de risques que d'autres de se retrouver sans domicile fixe : ceux qui sortent d'un centre d'accueil ou de familles d'accueil, d'un bref séjour en prison, ceux qui subissent un arrêt abrupt de services de santé mentale, ceux qui, pour toutes sortes de raisons, sont poussés hors des milieux de vie habituels ou s'en retirent.
- ✓ Il existe peu d'indicateurs fiables permettant d'estimer le nombre de jeunes adultes (16 à 25 ans) sans domicile fixe à Laval. Toutefois, avec les organismes communautaires que sont l'Oasis, le Travail de rue de l'île de Laval (TRIL) et le Bureau de consultation jeunesse, on identifie trois sous-groupes de ces jeunes vivant sans domicile fixe<sup>47</sup>, soit :
  - 1. ceux qui vivent les uns chez les autres, instables et précaires et qui n'entretiennent pas de liens réguliers avec les autres;
  - 2. ceux qui possèdent des réseaux moins solides, immatures, mal équipés, ayant subi plusieurs échecs, parfois exclus par leurs pairs et souffrant parfois de déficience légère;
  - 3. ceux qui souffrent de troubles mentaux.
- ✓ Enfin, on estime que 4 000 enfants et jeunes Lavallois auraient des incapacités physiques ou intellectuelles (déficience motrice, sensorielle, intellectuelle, etc.)<sup>48</sup>.

.

<sup>42.</sup> Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Déficit d'attention/hyperactivité : perception des acteurs et utilisation de psychostimulants, page 41.

<sup>43. 29 670</sup> enfants lavallois de 5-11 ans x 4,56 %.

<sup>44.</sup> Enquête sociale et de santé, 1998 (pas de données comparables en 2001).

<sup>45.</sup> MSSS, Programme national de santé publique 2003-2012, page 37.

<sup>46.</sup> MSSS, Programme national de santé publique 2003-2012, page 12.

<sup>47.</sup> Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, L'itinérance à Laval, page 9.

<sup>48.</sup> Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Un portrait de la santé et du bien-être de la jeunesse à Laval, février 2002.

#### 2.2.3 L'abus, la négligence et la violence

L'abus, la négligence et la violence sous toutes ses formes demeurent des phénomènes préoccupants **chez tous les groupes d'âge**. Entre autres, une grande part des signalements au DPJ a pour motif la négligence (49 % en 2003). Peu d'autres données nous permettent d'évaluer l'ampleur réelle des trois phénomènes ici en cause, mais les conséquences chez les victimes sont nombreuses : blessures, retards de croissance et développement, troubles de conduites, délinquance, toxicomanies, détresse psychologique, tentatives de suicide et autres problèmes de violence à l'âge adulte, notamment la violence conjugale<sup>49</sup>.

TABLEAU 9 Aperçu des problématiques par groupe d'âge à partir des évaluations des signalements réalisées par le Centre jeunesse de Laval - 2002-2003

Problématique/âge	0 à 4 ans	5 à 11 ans	12 à 17 ans	TOTAL
Négligence	157	234	118	509 (49 %)
Abus physique	35	90	47	172 (17 %)
Abus sexuel	14	46	33	93 (9 %)
Trouble de comportement	0	28	226*	254 (25 %)
Abandon	0	2	2	4
TOTAL	<b>206</b> (20 %)	400 (39 %)	<b>426</b> (41 %)	1 032 (100 %)

Source: Centre jeunesse de Laval, données 2002-2003.

Bien que les jeunes soient principalement concernés par la violence en tant que victimes, ils en sont parfois acteurs ou les deux à la fois. Ces situations doivent aussi retenir l'attention; on pense ici à l'intimidation à l'école et au taxage, au port d'armes et à la violence dans les relations amoureuses, etc.

TABLEAU 10 Aperçu de certaines manifestations de violence chez les jeunes québécois par groupe d'âge

Problématique/âge	9 ans	13 ans	16 ans
Expérience de victimisation à l'école ou sur le chemin de l'école depuis septembre (se faire crier des noms, se faire frapper ou pousser violemment, se faire menacer, etc.)	69 %	46 %	25 %
Victimes de taxage à l'école ou sur le chemin de l'école depuis septembre	11 %	2 %	1 %
Port d'une arme (couteau, chaîne, coup de poing, etc.) (période de six mois):			
- garçons	n.d.	17 %	20 %
- filles	n.d.	4 %	4 %

Source : Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999.

Pour ce qui est de la violence dans les relations amoureuses :

- ✓ Parmi les jeunes filles de 16 ans qui ont fréquenté au moins un partenaire, 34 % ont vécu de la violence psychologique, 20 % de la violence physique et 11 % de la violence sexuelle;
- ✓ Chez les garçons de 16 ans qui ont fréquenté au moins une partenaire, 19 % ont eu recours à la violence psychologique, 10 % à la violence physique et 4 % à la violence sexuelle<sup>50</sup>.

<sup>\*</sup>Notons que la cause du signalement bascule vers les troubles de comportement pour le groupe d'âge des 12 à 17 ans.

<sup>49.</sup> MSSS, Programme national de santé publique 2003-2012, pages 36, 37.

<sup>50.</sup> Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 – Faits saillants, page 8.

# 3. TREIZE TRAJECTOIRES DE SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ POUR LES JEUNES DE 0 À 17 ANS ET LEUR FAMILLE

#### Chaque trajectoire :

- ✓ Correspond à un continuum d'activités et de services qui répond à un groupe d'enfants, de jeunes et de leur famille qui partagent des besoins relativement homogènes :
  - soit en raison du groupe d'âge des enfants et des étapes de développement qui y sont liées;
  - soit en raison d'une problématique commune.
- ✓ Regroupe un ensemble d'activités et de services que le réseau de la santé et des services sociaux a cru bon ordonnancer et organiser à l'intérieur de programmations spécifiques et/ou de plans d'action qui traversent les frontières des établissements et des partenaires :
  - À titre d'exemple, voici des configurations de services aux jeunes, des paliers national ou régional, actuellement existantes qui ont été utilisées pour effectuer le découpage des trajectoires :
    - le panier de services « Allons à l'essentiel » des CLSC;
    - le *Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP*) et son Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 (*PAR*);
    - la Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille, dont le *Protocole d'entente* entre les CLSC et le Centre jeunesse de Laval (avril 2000) (Protocole CLSC-CJ);
    - les cheminements de services orientés par des lois, telles la LPJ, la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents;
    - les programmations intégrées, existantes ou en cours d'implantation, tels les Services de santé mentale aux jeunes;
    - les programmations spécifiques et les plans d'action régionaux tels le plan d'action en violence conjugale et agression sexuelle, le plan d'action en toxicomanie, celui en suicide, la Programmation régionale des services ambulatoires (PRSA) en ce qui concerne la périnatalité et la pédiatrie;
    - les programmations intégrées en déficience intellectuelle (DI) et déficience physique existantes ou en développement, dans la foulée des *Orientations ministérielles en déficience physique*, la *Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle*, à leurs familles et autres proches et son Plan d'action de 5 ans (De l'intégration sociale à la participation sociale) et le Plan d'action ministériel « Un geste porteur d'avenir » pour les jeunes ayant un trouble envahissant du développement (TED);
    - etc.

#### Dans tous les cas,

- ✓ La notion de besoins ou de profils de besoins est au cœur des trajectoires de services.
- ✓ La configuration des services représentée dans chacune des trajectoires interpelle plusieurs partenaires et nécessite des liens organisés et formels à l'une ou l'autre des étapes de services (accueil, évaluation des besoins, intervention et suivi, réadaptation et insertion sociale).
- ✓ La configuration des services représentée dans chacune des trajectoires comprend une perspective d'intégration actualisée ou est porteuse d'une telle perspective dans le cadre du RSI-Jeunes de Laval.

# Trajectoire 1

#### L'OFFRE DE SERVICE À CARACTÈRE UNIVERSEL POUR LES ENFANTS DE 0 À 4 ANS ET LEUR FAMILLE

SERVICES	PRESTATAIRES	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
Suivi médical de grossesse	- Médecins en pratique privée	
Éducation prénatale de groupe	<ul> <li>CS</li> <li>Cliniques médicales et autres initiatives privées</li> <li>CLSC des Mille-Îles</li> </ul>	
Accouchement	<ul> <li>50 % Cité de la Santé – CARL</li> <li>50 % CH hors Laval</li> </ul>	<ul> <li>Proposition d'organisation des services dans le cadre de congé précoce en périnatalité du MSSS</li> </ul>
Consultation postnatale	<ul><li>Médecins en pratique privée</li><li>CLSC</li></ul>	<ul> <li>Protocole d'entente CSL-CLSC dans le cadre du congé précoce</li> <li>OBS-2</li> <li>Équipe régionale en périnatalité</li> </ul>
Promotion et soutien à l'allaitement	<ul><li>CLSC</li><li>OC</li><li>Cité de la Santé – CARL</li></ul>	<ul> <li>Allaitement maternel à Laval – Lignes directrices</li> <li>Plan d'action 2003-2004</li> <li>Équipe régionale en périnatalité</li> </ul>
Vaccination et suivi de bébé	<ul><li>CLSC</li><li>Médecins en pratique privée</li></ul>	<ul> <li>Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)</li> <li>PNSP, PAR, PAL</li> <li>DSP (Agence de santé et de services sociaux)</li> </ul>
Soutien au développement de l'enfant, à sa sécurité et aux habiletés parentales	<ul><li>CLSC</li><li>OC</li><li>CPE</li><li>Service de police de Ville de Laval</li></ul>	<ul> <li>PNSP, PAR, PAL</li> <li>DSP (Agence de santé et de services sociaux)</li> <li>Comité régional Brindami</li> <li>Équipe intersectorielle « Le Trésor »</li> <li>Comités intersectoriels régionaux sur la sécurité des enfants</li> </ul>
Soutien de santé aux services de garde	- CLSC	<ul> <li>Protocole CSLC–CPE</li> <li>PAR</li> <li>Guide de prévention et contrôle des infections dans les CPE</li> <li>DSP (Agence de santé et de services sociaux)</li> </ul>
Soutien social et développement des communautés	<ul> <li>OC</li> <li>CLSC</li> <li>Agence de santé et de services sociaux Direction de santé publique (DSP)</li> </ul>	<ul> <li>Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC)</li> <li>Tables locales intersectorielles 0-5 ans en petite enfance (Marigot, Mille-Îles, Sainte-Rose)</li> <li>Table de concertation « Famille » – Ruisseau-Papineau</li> <li>Initiative 1,2,3 Go! Laval-Marigot (Territoire du Marigot)</li> </ul>

# **TRAJECTOIRE 1**

# 3.1 L'offre de service à caractère universel pour les enfants de 0 à 4 ans et leur famille

Ce regroupement correspond à la configuration des services universels pour les 0 à 4 ans du panier de services « Allons à l'essentiel » et à des besoins type de la période de gestation jusqu'à l'entrée à l'école chez l'ensemble de ce groupe. Ces besoins type sont satisfaits principalement par des médecins en cabinet privé, puis par les CLSC de la région, des centres hospitaliers et des organismes communautaires.

# 3.1.1 Quelques données

À Laval, le nombre de naissances vivantes est d'environ 3 400 par an et le nombre d'enfants de 0 à 4 ans est de 17 700, en 2004<sup>51</sup>.

### 3.1.2 Description

Les services à caractère universel pour les enfants de 0 à 4 ans et leur famille sont rendus accessibles indépendamment des facteurs de risque ou de vulnérabilité particuliers. En effet, les mesures de cette offre de service répondent à des besoins de soutien à une période cruciale de la vie, sans qu'il y ait nécessairement maladies ou difficultés. Ainsi, l'offre de services sociaux et de santé pour les jeunes enfants âgés entre 0 et 5 ans se caractérise par la précocité des interventions, dont celle durant la période périnatale.

Voici la liste des services universels existants à Laval :

- ✓ le suivi médical de grossesse:
- √ l'éducation prénatale de groupe;
- √ l'accouchement;
- √ la consultation postnatale;
- ✓ la promotion et le soutien à l'allaitement;
- ✓ la vaccination et le suivi régulier du bébé;
- √ le soutien au développement de l'enfant, à sa sécurité et aux habiletés parentales :
  - les ateliers de stimulation précoce et de socialisation;
  - les services de halte-garderie et de halte-répit;
  - le programme Brindami, volets « enfant » et « parent »;
  - le programme « Le Trésor »;
  - la promotion et la vérification des sièges d'auto pour enfants;
- √ le soutien de santé aux services de garde;
- √ le soutien social et le développement des communautés.

<sup>51.</sup> Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Projections de population de l'Institut de la statistique du Québec, juin 2000.

# 3.1.3 Les principaux prestataires de services

Les principaux prestataires de cette offre de service sont les médecins en pratique privée, CSL-CARL, les CLSC et les organismes communautaires. La place qu'occupent les médecins, omnipraticiens et pédiatres, pendant la période périnatale (0 à 18 mois) est particulièrement remarquable à Laval. En effet, le suivi de grossesse est presque entièrement dispensé en cabinet privé et 63 % de la vaccination de base est aussi faite en cabinet privé. Il en découle que le suivi régulier du bébé se passe aussi en cabinet privé. Seul le CLSC-CHSLD du Marigot offre du suivi médical de grossesse par l'intermédiaire des médecins résidents. Le recours aux sages-femmes sur le territoire de Laval demeure marginal. Il n'y pas non plus de maisons de naissance.

Dans le réseau public de la santé et des services sociaux, seul le CLSC des Mille-Îles offre de l'éducation prénatale de groupe sous la forme d'une mesure universelle, moyennant 75 \$ par couple. Les autres fournisseurs de ce service sont les commissions scolaires, quelques cliniques médicales ou encore des individus, infirmières ou professionnels de la santé, qui investissent ce champ de pratique.

La Cité de la Santé offre les services de l'accouchement pour un peu plus de 50 % (51 %) des femmes lavalloises tandis que les centres hospitaliers accoucheurs de la région de Montréal et le Centre hospitalier de Saint-Eustache desservent l'autre partie de la clientèle.

L'ensemble des CLSC offre la consultation postnatale systématique par téléphone et à domicile, le soutien à l'allaitement, la vaccination pour 37 % des enfants Lavallois, des services de soutien au développement de l'enfant, à sa sécurité et aux habiletés parentales et du soutien de santé aux services de garde.

Les CLSC et la DSP de l'Agence de santé et de services sociaux de Laval soutiennent les CPE pour le déploiement de programmes de développement des habiletés sociales (*ex. : Brindami*) et d'estime de soi (*ex. : Le Trésor*). Des volets « parents » de ces programmes ont été développés. Les CLSC dispensent Brindami volet « Parents ». Ce programme, appelé récemment « Parent de toutpetit...QUEL DÉFI! », est ouvert à tous les parents de petits enfants et se réalise aussi en lien avec les CPE et les organismes communautaires.

Deux organismes régionaux sans but lucratif se dédient spécifiquement à la promotion et au soutien à l'allaitement, soit la Ligue la Leche et les marraines Nourri-Source. Onze organismes communautaires locaux ont un engagement prédominant dans les activités de stimulation précoce et de socialisation et plus généralement dans des activités de soutien social et de développement des communautés auprès des familles de jeunes enfants. Le TABLEAU 11 indique la répartition de ceux-ci par territoire de CLSC.

TABLEAU 11 Répartition des 11 organismes communautaires œuvrant auprès de la petite enfance et de leur famille, par territoire de CLSC

Marigot	Mille-Îles	Ruisseau-Papineau	Sainte-Rose de Laval
La Parentèle de Laval	Maison de la Famille de St-François	Bureau d'aide et d'assistance familiale de Place St-Martin inc.	Maison de la famille de Laval-Ouest
Maison de quartier Vimont	Le Relais du Quartier de St-Vincent-de-Paul	Centre communautaire Val-Martin	La Maison de quartier de Fabreville inc.
L'Entraide (Pont-Viau et Laval-des-Rapides) inc.		La Maison des enfants le Dauphin de Laval	Le Relais familial d'Auteuil

Source : Portrait des activités de soutien au développement des enfants à Laval, Document de travail, Agence de santé et de services sociaux de Laval, 10 février 2004 et PSOC, Allocation des subventions 2003-2004.juin 2003.

L'ensemble des organismes œuvrant en périnatalité et en petite enfance est en lien avec les CLSC et les rôles des deux types de prestataires se complètent dans les territoires locaux de chacun des quatre CLSC.

Les principaux prestataires de services périnataux, soit les médecins en pratique privée, Cité de la Santé – CARL et les CLSC, sont regroupés au sein de l'équipe régionale en périnatalité (*issue de la mesure Obstétrique (OBS)-1 de la PRSA*<sup>52</sup>).

Plusieurs autres comités regroupent les dispensateurs de services axés principalement sur le soutien éducatif aux enfants de 0 à 4 ans et le soutien à l'exercice du rôle parental. Il peut s'agir de comités spécifiques de soutien à la pratique et rattachés à des programmes en particulier ou encore de tables de concertation et d'échange sur un ensemble de services et d'activités offerts aux enfants de 0 à 4 ans et leur famille. Ces comités sont, notamment :

- ✓ le comité régional Brindami;
- √ l'équipe intersectorielle « Le Trésor »;
- ✓ les comités intersectoriels régionaux sur la sécurité des enfants (siège d'auto, équipements sécuritaires, etc.);
- ✓ les tables locales intersectorielles 0 à 5 ans en petite enfance dans trois territoires de CLSC (Marigot, Mille-Îles, Sainte-Rose);
- ✓ la table de concertation « Famille » (de la naissance à 100 ans) sur le territoire du Ruisseau-Papineau;
- √ la Table régionale des organismes communautaires « Famille » rattachée à la Corporation de développement communautaire de Laval (CDCL).

<sup>52.</sup> Programmation régionale des services ambulatoires.

#### 3.1.4 L'utilisation des services

# a) Le suivi médical de grossesse, l'éducation prénatale de groupe, l'accouchement, la consultation postnatale et l'allaitement

Selon l'étude *Périnatalité*: Enquête de population auprès des Lavalloises<sup>53</sup>, 94,7 % des femmes enceintes seraient suivies par un médecin pendant leur grossesse. Si on applique ce pourcentage au nombre de naissances vivantes à Laval, cela voudrait dire qu'autour de 3 230 suivis de grossesse seraient effectués annuellement auprès des futures mères de Laval. Toutefois, selon nos renseignements, ce suivi serait dispensé, pour une bonne part, hors de la région de Laval, à l'image des services de l'accouchement offerts aux Lavalloises. Les CLSC de Laval ne font pas de suivi médical de grossesse, à part les médecins résidents du CLSC-CHSLD du Marigot. De même, le recours aux sages-femmes sur le territoire de Laval demeure marginal. Il n'y pas non plus de maisons de naissance.

En ce qui a trait à l'éducation prénatale de groupe sous la forme d'une mesure universelle, nous n'avons pas de données d'utilisation suffisamment complètes pour en donner un juste aperçu. Cela, en raison des différents statuts des dispensateurs de ce service. Toutefois, dans *l'Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité*<sup>54</sup>, dont un des territoires d'étude est la région de Laval, on nous indique que 35 % des mères qui ont participé à l'entrevue ont suivi des cours prénataux. Parmi celles-ci, 50 % ont suivi leurs cours dans le secteur privé. La mesure universelle d'éducation prénatale de groupe du CLSC des Mille-Îles rejoint autour de 60 femmes chaque année<sup>55</sup>. Il s'agit de 12 % des avis de naissance de ce territoire.

Environ 3 400 Lavalloises accouchent chaque année. La moitié d'entre elles a recours aux services de l'accouchement hors de la région de Laval, principalement dans la région de Montréal. Six centres hospitaliers de cette région desservent chacun jusqu'à 6 à 10 % des Lavalloises. Dans l'ordre, il s'agit de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, de l'Hôpital Sainte-Justine, de l'Hôpital Royal-Victoria, de l'Hôpital général juif, du Centre hospitalier Saint-Eustache et du Centre hospitalier de Saint Mary. Le territoire du CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau se démarque; 66 % des résidantes de ce territoire ont recours à des centres hospitaliers accoucheurs à l'extérieur de Laval. Parmi celles-ci, 36 % choisissent l'Hôpital général juif de Montréal.

\_

<sup>53.</sup> Bouchard, Louise, *Périnatalité : Enquête de population auprès des Lavalloises*, Données recueillies 15/6/01-12/8/02, Résultats préliminaires présentés le 8 avril 2003.

<sup>54.</sup> D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J-F., Remondin, M., Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets: le cas des services en périnatalité, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, décembre 2003, annexe 6, tableau A-6.1.

<sup>55.</sup> *Allons à l'essentiel*, Programmation des services Famille-Enfance-Jeunesse des CLSC de Laval, Collecte de données, Document réalisé par Ginette Gingras, avril 2003, page 4.

**TABLEAU 12** Répartition des accouchements lavallois entre centres hospitaliers et par territoire de CLSC

	Marigot	Mille-Îles	Ruisseau-Papineau	Sainte-Rose de Laval	Laval
Cité de la Santé - CARL	507 (64 %)	267 (60 %)	341 (34 %)	610 (54 %)	1 725 (51,3 %)
du Sacré-Cœur	78 (10 %)	27	131 (13 %)	122 (11 %)	358 (10,6 %)
Sainte-Justine	64	35	64	79	242 (7,2 %)
Royal-Victoria	26	24	135 (13 %)	39	224 (6,7 %)
Hôpital général juif	33	25	123 (36 %)	33	214 ( <i>6,4</i> %)
CH St-Eustache	15	7	38	149 ( <i>13 %</i> )	209 (6,2 %)
CH de St-Mary	37	24	104 (10 %)	36	201 (6 %)
Autres	38	37	65	52	192 (5,7 %)
TOTAL	<b>798</b> (24 %)	446 (13 %)	1 001 (30 %)	1 120 (33 %)	3 365 (100 %)

Fichier des naissances du MSSS. 2000.

De façon générale, deux types de consultation postnatale se réalisent. L'une est effectuée par le médecin traitant dans les semaines suivant l'accouchement, en continuité du suivi de grossesse et de l'accouchement. L'autre, effectuée par les CLSC de Laval, consiste en une consultation téléphonique dans un délai de 24 à 48 heures posthospitalisation. Des consultations par visites à domicile peuvent avoir lieu au besoin. Cent pour cent (100 %) des nouvelles mères reçoivent un appel téléphonique du CLSC de leur territoire. Une moyenne régionale de 62 % des mères reçoivent une première visite. Le TABLEAU 13 indique que cette proportion diffère passablement d'un territoire de CLSC à l'autre, soit de 42 % à 83 %.

TABLEAU 13 Nombre d'avis de naissance et proportion de visites postnatales par territoire de CLSC

	Marigot	Mille-Îles	Ruisseau-Papineau	Sainte-Rose de Laval	Laval
Nombre d'avis de naissance	723	490	1 044	1 162	3 419
Nombre de femmes visitées une première fois	393 (54 %)	405 (83 %)	441 ( <i>42 %</i> )	870 (75 %)	2 109 (62 %)

Source: Allons à l'essentiel, avril 2003.

Le TABLEAU 14 nous indique la provenance hospitalière des avis de naissance. Une comparaison entre les tableaux 13 et 14 ne nous permet pas de tirer un lien **général** entre la provenance hospitalière et le nombre de visites. Dans le territoire du Marigot par exemple, alors que la majorité des avis de naissances provient de Cité de la Santé – CARL, il y a moins de premières visites que la moyenne générale. Par contre, dans l'autre territoire où il y a le moins de visite postnatale, les avis de naissance proviennent dans une forte proportion des centres hospitaliers accoucheurs de Montréal.

Par ailleurs, les données du TABLEAU 14 font ressortir la forte proportion d'avis de naissance provenant du CARL (14 %) pour un établissement qui ne devrait accueillir que des bébés qui présentent des facteurs de risque.

**TABLEAU 14** Provenances hospitalières des avis de naissance par territoire de CLSC

	Marigot	Mille-Îles	Ruisseau-Papineau	Sainte-Rose de Laval	Laval
Cité de la Santé		288 (59 %)	192 (18 %)	362 (31 %)	842 (25 %)
CARL		89 (18 %)	145 (14 %)	250 (22 %)	484 (14 %)
Cité de la Santé et CARL	498 (69 %)				498 (15 %)
Saint-Eustache				119 (10 %)	119 (3 %)
Autres CH	225 (31 %)	113 (23 %)	707 (68 %)	431 (37 %)	1 476 (43 %)
TOTAL:					<b>3 419</b> (100 %)

Source: Allons à l'essentiel, avril 2003.

Les taux d'allaitement à Laval, en 2002, sont de 78 % à la sortie de l'hôpital<sup>56</sup>, de 63 % à la troisième semaine de vie de l'enfant et de 54 % au troisième mois<sup>57,58</sup>. À trois mois, selon l'étude *Périnatalité : Enquête de population auprès des Lavalloises* sur l'allaitement maternel auprès d'une cohorte lavalloise, ces taux d'allaitement diffèrent d'un territoire de CLSC à l'autre. Cinquante-huit pour cent (58 %) des répondantes des territoires du Ruisseau-Papineau et de Sainte-Rose allaitent toujours à trois mois, alors que ce taux d'allaitement est de 49 % dans le territoire des Mille-Îles et de 43 % dans le territoire du Marigot<sup>59</sup>. Pour tout le Québec, le taux d'allaitement maternel visé pour 2007 est de 85 % à la sortie de l'hôpital et de 70 %, 60 % et de 50 % respectivement aux deuxième, quatrième et sixième mois de vie de l'enfant<sup>60</sup>.

Différentes initiatives, déployées par l'ensemble des prestataires de services périnataux, existent en matière de promotion et de soutien à l'allaitement. Lorsque les mères éprouvent des difficultés au regard de l'allaitement, voici le portrait régional des ressources consultées.

Difficultés avec l'allaitement – ressources consultées<sup>61</sup>

Mères qui allaitaient		Mères qui avaient cessé d'alla	uiter	
. CLSC	63 %	. CLSC	55 %	
. Un proche	50 %	. Un proche	40 %	
. Un groupe de soutien à l'allaitement	29 %	. Un groupe de soutien à l'allaitement	17 %	

<sup>56.</sup> Bouchard, Louise, *Périnatalité : Enquête de population auprès des Lavalloises*, Données recueillies 15/6/01-12/8/02, Résultats préliminaires présentés le 8 avril 2003.

<sup>57.</sup> Bouchard, Louise, « L'allaitement maternel et l'alimentation du nourrisson », Université d'Ottawa, GRASP-RESSAUR, AETMIS, novembre 2003, page 7.

<sup>58.</sup> Au Québec : 72 % à la naissance; 47 % des nourrissons ont été nourris au sein pendant au moins trois mois, (ELDEQ 1998-2002), (Tiré de MSSS du Québec, L'allaitement maternel au Québec, Lignes directrices, 2001, page 13).

<sup>59.</sup> Bouchard, Louise, «L'allaitement maternel et l'alimentation du nourrisson», *Université d'Ottawa, GRASP-RESSAUR, AETMIS,* novembre 2003, page 8.

<sup>60.</sup> MSSS du Québec, L'allaitement maternel au Québec, Lignes directrices, 2001, page 7.

<sup>61.</sup> Bouchard, Louise, «L'allaitement maternel et l'alimentation du nourrisson», *Université d'Ottawa, GRASP-RESSAUR, AETMIS, n*ovembre 2003, page 8.

Nous savons aussi que les CLSC reçoivent dans leur clinique d'allaitement environ 300 clientes par année 62.

### b) Le suivi régulier du bébé et la vaccination de base

Le taux de couverture vaccinale à Laval est semblable au reste du Québec, soit de 85 %. Toutefois, la couverture vaccinale de base visée, pour tout le Québec, est de 95 %. Soixante-trois pour cent (63 %) des vaccins sont administrés en cabinet privé tandis que 37 % le sont par les CLSC. Au Québec, dans 12 régions sur 18, les vaccins sont administrés principalement dans les CLSC. Cependant, la participation du secteur privé est plus importante que celle des CLSC dans les régions à forte densité urbaine (*Québec, Estrie, Montréal-Centre, Outaouais, Laval*)<sup>63</sup>.

Aussi, le suivi régulier du bébé se réalise principalement en cabinet privé, le CLSC des Mille-Îles étant le seul à accompagner son service de vaccination d'un suivi régulier du bébé. Il nous est difficile de quantifier le nombre de médecins suivant des enfants de 0 à 4 ans de même que le nombre de consultations médicales auprès de ceux-ci. Notre meilleur indicateur est le nombre de vaccinateurs, soit 95, dont deux pédiatres.

# c) Le soutien au développement de l'enfant, à sa sécurité et aux habiletés parentales, le soutien de santé aux services de garde, le soutien social et le développement des communautés

Les mesures universelles de soutien au développement et à la sécurité de l'enfant se concrétisent principalement par : les ateliers de stimulation précoce et de socialisation pour les 0–5 ans, des services de halte-garderie (*et halte-répit*), le programme Brindami : volets « enfant » et « parent », le programme de promotion de l'estime de soi « Le Trésor », le soutien à l'intervention éducative et la promotion et la vérification des sièges d'auto pour enfants. Dans le cadre de ces activités, grosso modo, chaque année :

- ✓ quelque 600 enfants et parents fréquentent les ateliers de stimulation précoce et de socialisation offerts par les CLSC (autour de 200 enfants, principalement ceux entre 0 et 12 mois) et les organismes communautaires de Laval (autour de 400 enfants, principalement ceux entre 12 et 48 mois);
- ✓ près de 900 enfants fréquenteraient les haltes-garderies (et haltes-répits) des organismes communautaires:
- ✓ 1150 enfants répartis dans 31 CPE-installation (sur un total de 45 CPE en installation) et 19 CPE-milieu familial (sur un total de 38 CPE en milieu familial) bénéficieraient du programme Brindami, tandis que quelque 300 parents de ces enfants participeraient aux activités qui leur sont dédiées<sup>64</sup>. Le nombre d'enfants rejoints correspond à 16 % des places en services de garde dans les CPE de Laval<sup>65</sup>. Une centaine d'enfants et environ 35 parents sont rejoints par le même programme par l'intermédiaire des organismes communautaires:

<sup>62.</sup> CLSC de la région de Laval, Allons à l'essentiel, Programmation des services Famille-Enfance-Jeunesse des CLSC de Laval, avril 2003, page 35.

<sup>63.</sup> MSSS, Priorités nationales de santé publique 1997-2002, Vers l'atteinte des résultats attendus : 5<sup>e</sup> bilan, 2003, page 80.

<sup>64.</sup> Agence de santé et de services sociaux de Laval, *Bilan régional de l'implantation du programme 2003-2004 et perspectives*, Document de travail, Préparé par Mireille Bouffard, en collaboration avec Jean Faucon, Centre de santé et de services sociaux de Laval, décembre 2004, pages 4 et 5.

<sup>65.</sup> Les données concernant les places en services de garde à Laval proviennent d'un document du MESSF, en date du 15 septembre 2004.

- le programme de promotion de l'estime de soi « Le Trésor » serait utilisé, selon une évaluation en 2002-2003, par sept CPE de la région de Laval (dont six responsables de services garde en milieu  $familial)^{66}$ ;
- ✓ la promotion et la vérification des sièges d'auto s'actualisent surtout par une clinique annuelle. En mai 2004, lors de cette clinique de vérification qui s'est tenue sur cinq sites, 568 sièges ont été vérifiés et 500 ajustements ont été nécessaires. Quatre-vingts personnes ont été formées pour tenir cette activité de vérification. Cité de la Santé - CARL s'assure que les parents utilisent des dispositifs de retenue au sortir de l'hôpital à la suite de l'accouchement ou aux consultations.

Il y a lieu de préciser que le programme d'estime de soi « Le Trésor » est soutenu par le réseau de la santé et des services sociaux mais entièrement offert par le Regroupement des centres de la petite enfance de Laval (RCPEL) et par les CPE. Le soutien du réseau de la santé et des services sociaux peut se traduire par du soutien financier et du soutien au développement et au maintien des pratiques.

Pour sa part, le soutien de santé aux services de garde est rendu disponible par les quatre CSLC de Laval. Le CLSC-CHSLD Sainte-Rose de Laval offre ce soutien sur une base systématique à l'ensemble des CPE-installation (16) de son territoire. Les autres CLSC répondent aux demandes ponctuelles. Chacun de ceux-ci évalue qu'il est interpellé par deux à trois événements par année.

En ce qui concerne le soutien social et le développement des communautés, il est difficile d'en apprécier la fréquentation avec précision. Toutefois, les milieux de vie communautaire et le soutien social qui en découle sont accessibles aux voisinages de tous les quartiers de Laval. En effet, les organismes communautaires qui déploient des mesures de soutien social et de développement des communautés offrent leurs services sans critères d'admissibilité précis. C'est pourquoi on considère leurs actions autant comme des mesures universelles que sélectives. Toutefois, les quartiers sensibles sont les plus investis. Initiative 1,2,3 Go! Laval-Marigot réalisé dans le territoire du Marigot est un bon exemple d'une initiative de mobilisation dans un secteur défavorisé, mais dont les actions visent toutes les familles de ce secteur sans égard à leur statut socioéconomique. Dans tous les cas, les organismes communautaires « famille » sont au cœur de ces activités.

#### 3.1.5 Accès, évaluation du besoin et orientation

# a) Le suivi médical de grossesse, l'éducation prénatale de groupe, l'accouchement, la consultation postnatale et l'allaitement

La moitié des services de l'accouchement et possiblement des suivis de grossesse et la consultation postnatale effectuée par le médecin sont rendus disponibles aux Lavalloises à l'extérieur de la région de Laval. Cette situation ne semble pas poser de problèmes d'accès à ces services. Toutefois, elle pourrait avoir une influence sur l'accès aux services de consultation postnatale systématique des CLSC.

À Laval, la consultation postnatale des CLSC s'effectue d'abord par téléphone sur réception des avis de naissance, peu importe le lieu d'accouchement. Les nouvelles mères ont donc accès à cette

<sup>66.</sup> Charrier, Caroline, CAVAC, « Coffre à outils », Le Trésor, Programme de promotion de l'estime de soi afin de prévenir l'abus, la négligence et la violence chez les 3-5 ans, Suivi de l'utilisation du programme 2002-2003, page 5.

première étape de manière équitable sur tout le territoire de Laval. Il en va autrement pour la visite postnatale. La décision des CLSC de Laval de faire une visite à domicile se prend, quant à elle, à partir de grilles d'évaluation « maison » remplies lors de la consultation téléphonique ou encore à partir d'une fiche de liaison transmise par l'Hôpital Cité de la Santé – CARL et les centres hospitaliers qui sont sous protocole avec les quatre CLSC de la région. Dans tous les cas, la méthode pour décider d'une visite postnatale doit préoccuper, car la différence significative de premières visites d'un territoire de CLSC à l'autre (42 % à 83 %) nous indique que l'accès à ce service semble davantage influencé par le territoire de résidence que par le besoin de la mère. Toutefois, dernièrement, les quatre CLSC ont introduit un critère de besoin, soit celui de faire une première visite à toutes les mères qui allaitent pour une première fois. Cela pourrait atténuer la différence d'accès d'un territoire de CLSC à l'autre. Il n'en demeure pas moins que l'accès à ce service demeure confus et peu harmonisé. De plus, CARL continuerait d'offrir de la consultation postnatale pour un certain nombre de nouveau-nés ayant peu de facteurs de risque. Tout au cours de nos travaux, plusieurs hypothèses ont été soulevées quant aux raisons d'un accès peu harmonisé aux consultations postnatales des CLSC entre les quatre territoires de Laval :

- ✓ les mères qui accouchent dans des centres hospitaliers sous protocole avec les CLSC de la région sont favorisées<sup>67</sup>;
- ✓ la migration graduelle de la consultation postnatale de Cité de la Santé CARL vers les CLSC, prévue dans la mesure OBS-2, ne se serait pas réalisée complètement; bien qu'en diminution, CARL offrirait encore de la consultation postnatale pour un certain nombre de nouveau-nés ayant peu de facteurs de risque; de même, Cité de la Santé orienterait un certain nombre de bébés normaux vers CARL;
- ✓ la fiche de liaison entre Cité de la Santé CARL, les centres hospitaliers sous protocole avec les CLSC de la région, est utilisée comme un formulaire de **demande** de visite;
- ✓ les centres hospitaliers accoucheurs des autres régions offrent une consultation postnatale dans les semaines suivant l'accouchement;
- ✓ les critères utilisés pour décider d'une visite postnatale ne réfèrent pas suffisamment aux besoins « objectifs » (premier allaitement, primipare, etc.) de la mère et à l'état de santé du nouveau-né et les critères ne sont pas suffisamment harmonisés;
- √ dans les régions avoisinantes que les médecins accoucheurs de la Cité de la Santé de Laval desservent, il y a une visite de consultation postnatale des CLSC systématique;
- √ le lien de confiance entre les médecins accoucheurs et les CLSC est à parfaire.

Des préoccupations concernant l'accès à l'éducation prénatale de groupe et aux services de l'allaitement méritent aussi d'être soulevées.

La diversité de prestataires de services dont un seul CLSC, la multitude de portes d'entrée et des services variables, de même que des frais d'inscription relativement importants sont considérés comme autant de freins à l'accès aux cours prénatals de groupe pour les futurs parents lavallois. En effet, il n'y a que le CLSC des Mille-Îles qui offre l'éducation prénatale de groupe sous la forme d'une mesure universelle, moyennant un coût de 75 \$. Les CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau et Sainte-

<sup>67.</sup> Le TABLEAU 13 sur la proportion de visites postnatales par territoire de CLSC et le Tableau 14 sur les provenance sur les provenances hospitalières ne permettent pas de généraliser un tel lien de causalité, Entre autres, le CLSC-CHSLD du Marigot effectue une première visite postnatale pour 54 % des avis de naissance alors que ceux-ci proviennent de Cité de la Santé - CHARL dans une proportion de 69 %.

Rose de Laval offrent, pour leur part, une rencontre d'info-grossesse. Ainsi, une part importante des futurs parents lavallois a recours au secteur privé, moyennant des coûts variant entre 75 \$ et 145 \$. Cette situation est bien documentée dans la région et, dans le cadre de la PRSA, il est souhaité que les CLSC du territoire offrent l'éducation prénatale de groupe sous la forme d'une mesure universelle visant principalement les primipares. Cela, moyennant la disponibilité budgétaire requise.

Différentes initiatives existent en matière de promotion de l'allaitement sur le territoire de Laval. Elles se réalisent lors de rencontres prénatales, lors du suivi individuel de grossesse, dans les centres accoucheurs, dans les CLSC et prennent des formes variées : counselling, séances d'information, distribution de brochures et autres littératures sur le sujet. Ces initiatives sont plutôt isolées et indépendantes. De plus, l'accès réduit à des cours d'éducation prénatale de groupe prive d'un des moyens habituels de promotion de l'allaitement et aussi d'un message concerté. Pour le soutien à l'allaitement, les services sont disponibles et connus de l'usager. Il s'agit de la consultation postnatale des CLSC, d'une ligne téléphonique de la Ligue La Leche, des marraines Nourri-Source et des cliniques d'allaitement des CLSC. Le CARL offre aussi un service de soutien à l'allaitement pour des clientèles ciblées. Ces services sont tantôt conjoints tantôt complémentaires.

Pour les deux types de services en matière d'allaitement (*promotion et soutien*), il ressort de nos travaux avec des intervenantes en périnatalité de la région une préoccupation prédominante : l'harmonisation des messages des divers prestataires de services périnataux. De même, dans l'étude sur la collaboration interorganisationnelle entre les services en périnatalité de quatre régions du Québec, un pourcentage plus élevé de mères lavalloises jugent que l'information donnée en matière d'allaitement maternel était contradictoire<sup>68</sup>.

# b) Le suivi régulier du bébé et la vaccination de base

La vaccination de base de 37 % des enfants de 2 ans est rendue disponible par les quatre CLSC du territoire et 95 médecins en pratique privée (dont deux pédiatres) vaccinent 63 % d'entre eux. Dans le secteur privé, la vaccination est effectuée dans le cadre des rendez-vous réguliers pour le suivi du bébé pendant les deux premières années de sa vie. La vaccination est gratuite si elle est faite par un omnipraticien. Le coût du matériel d'injection, qui varie entre 5 \$ et 10 \$, peut être facturé aux parents lorsque c'est un pédiatre qui exécute la vaccination. Dans le secteur public, les CLSC offrent des cliniques de vaccination tout au long de l'année et la clientèle y accède en prenant rendez-vous. La vaccination régulière est gratuite. Seul le CLSC des Mille-Îles accompagne son service de vaccination d'un suivi régulier du bébé. Les CLSC font la promotion de la vaccination par une fiche d'information distribuée lors des visites postnatales ou par courrier à tous les nouveaux parents de leur territoire, sur la base des avis de naissance.

L'accès à la vaccination de base pour les enfants de 0 à 2 ans semble équitable et adéquat sur l'ensemble du territoire. Le taux de couverture vaccinale semblable au reste du Québec (85 %) confirme cette présomption. Il en va de même pour le suivi régulier du bébé.

-

<sup>68.</sup> D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J-F., Remondin, M., Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets: le cas des services en périnatalité, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, décembre 2003, annexe 6, tableau A-6.1.

# c) Le soutien au développement de l'enfant, à sa sécurité et aux habiletés parentales, le soutien de santé aux services de garde, le soutien social et le développement des communautés

Il existe trois portes d'entrée pour les activités de soutien au développement de l'enfant et aux habiletés parentales : les CLSC, les organismes communautaires et les CPE.

Les CLSC et les organismes communautaires font connaître leurs activités de stimulation précoce, de socialisation et de halte-garderie (halte-répit) par les moyens habituels d'information : brochures distribuées dans des lieux publics et placées dans des présentoirs des organismes respectifs, références mutuelles de la clientèle, références dans le cadre des autres services périnataux et à la petite enfance tels la consultation postnatale, les services de l'allaitement, la vaccination, l'ensemble des activités de soutien social et de développement des communautés.

Les activités des deux volets du programme Brindami sont offertes gratuitement par les CPE installation, les responsables de services de garde en milieu familial et, pour les parents, par les CLSC. Les enfants et les parents ont accès au programme Brindami par le CPE qu'ils utilisent et qui a décidé d'implanter Brindami. Il en va de même pour le programme d'estime de soi « Le Trésor ».

La promotion et la vérification des sièges d'auto pour enfants se concrétisent principalement par trois types de moyens, soit :

- ✓ le counselling et la vigilance de la part du corps médical concernant l'utilisation du siège d'auto pour enfants, dont Cité de la Santé CARL;
- ✓ des communications « grand public »;
- une journée annuelle de vérification des sièges d'auto pour enfants dans six sites sur le territoire de Ville de Laval. Cette journée est organisée par le Département de police de Ville de Laval, le secteur communautaire, les CLSC et la DSP de l'Agence de santé et de services sociaux.

On ne connaît pas de liste d'attente pour l'ensemble des services en périnatalité et petite enfance et, à l'exception des visites postnatales des CLSC, il y a peu de différence dans l'accès à l'offre de service universelle pour les 0 à 4 ans entre territoires de CLSC. Toutefois, il y a lieu de souligner le peu d'enfants rejoints par les CLSC par les mesures de soutien au développement de l'enfant : à peine 1 % des 0 à 4 ans lavallois. Cela s'explique par l'accent mis sur les mesures sélectives pour les familles vulnérables, laissant diffuse la cible des mesures universelles. Des travaux régionaux se poursuivent pour resserrer la cible des interventions de soutien au développement de l'enfant autour des enfants vulnérables, vivant en contexte de pauvreté. Ces discussions sont en concordance avec le positionnement du MSSS pour des services intégrés en périnatalité et petite enfance ciblant les familles vivant en contexte de vulnérabilité. Elles se font dans le cadre du Groupe de travail sur l'accompagnement et l'adaptation des pratiques (pour le soutien au développement d'enfants vulnérables) et aussi dans le cadre de l'élaboration des plans d'action locaux de santé publique.

#### 3.1.6 L'intervention, le suivi et la continuité

# a) Le suivi médical de grossesse, l'éducation prénatale de groupe, l'accouchement, la consultation postnatale, l'allaitement, le suivi régulier du bébé et la vaccination de base

Le suivi médical de grossesse, l'accouchement et le suivi postnatal par le médecin sont effectués dans une suite chronologique fluide, qui coule de source à partir du suivi de grossesse. La coordination des différentes étapes de suivi est assurée par le médecin traitant et/ou l'hôpital. Cette coordination fait partie de l'organisation de la pratique médicale, en cabinet privé et hospitalière. Par la suite, le suivi régulier du bébé, la vaccination de base et les soins médicaux généraux peuvent se poursuivre avec le médecin choisi pour le suivi de grossesse ou encore avec un nouveau médecin, omnipraticien ou pédiatre. Ces services sont aussi offerts en continuité, coordonnés par le médecin. Dans le cas où les parents font vacciner en CLSC, ils auront généralement recours à deux prestataires de service : le médecin et le CLSC. Sur le territoire du CLSC des Mille-Îles, lorsque les parents font appel à un médecin en cabinet privé pour le suivi du bébé, il pourrait y avoir dédoublement de service puisque le CLSC accompagne la vaccination d'un suivi régulier du bébé.

Lors du recours à l'ensemble de ces services de base, le lien vers des services médicaux spécialisés semblent bien s'effectuer. Il en va autrement pour la référence de familles défavorisées aux programmes intensifs des CLSC pour les clientèles vulnérables durant les périodes périnatales et de la petite enfance. Nous ne sommes pas en mesure de nous prononcer sur le niveau d'adoption des autres pratiques cliniques préventives par les médecins en cabinet privé, dont le counselling en matière d'allaitement maternel.

Par ailleurs, les mesures de l'éducation prénatale de groupe et de la promotion et du soutien à l'allaitement sont, en ce moment, morcelées. Les services sont éclatés entre les divers dispensateurs de services sans qu'ils ne se concertent nécessairement ni sur leur complémentarité ni sur des responsabilités respectives ou conjointes. Les moyens de soutien à l'allaitement ne sont pas non plus élaborés dans le cadre d'une suite graduée d'interventions correspondant à l'évolution des étapes que sont la décision, l'initiation et la durée. La cohésion et l'harmonisation de ces mesures devraient s'améliorer grâce au déploiement du Plan d'action en allaitement maternel à Laval 2003-2004 et des développements au regard de l'éducation prénatale. Ce plan adopté en juin 2003 est basé sur les lignes directrices émises par le MSSS et est inclus aux objets de travail de l'équipe régionale en périnatalité.

Deux types de consultation postnatale existent. L'une est effectuée par le médecin traitant dans les semaines suivant l'accouchement, en continuité avec le suivi de grossesse et de l'accouchement. L'autre consiste en une consultation effectuée par les CLSC dans un délai de 24 à 48 heures après l'hospitalisation. Cette situation peut être propice à un dédoublement de service. De plus, à Laval, des acteurs de plusieurs provenances offrent ces services : le médecin traitant, le CARL, les centres hospitaliers accoucheurs de Montréal et les CLSC. Deux questions se posent. Les deux types de suivi postnatal sont-ils complémentaires? Y a-t-il une valeur ajoutée d'un suivi par rapport à l'autre? Le bon niveau de service est-il utilisé?

Dans l'étude de D'amours et al.<sup>69</sup>, les chercheurs considèrent qu'il y a dédoublement de service lorsqu'il y a une visite à domicile et un rendez-vous de routine en cabinet privé dans les 14 jours suivant le congé. Laval enregistre un taux de 12 % de dédoublement. Il s'agit du plus bas taux parmi les autres régions étudiées. Par contre, pendant cette période, 14 % des mères lavalloises auraient reçu un appel téléphonique de deux sources différentes. Dans les autres régions observées, pas plus de 1 % des mères auraient rapporté cette situation. Ceci peut s'expliquer par la pratique des CLSC de la région qui consiste à effectuer d'abord la consultation postnatale par téléphone.

En effet, à Laval, la consultation postnatale systématique s'effectue dans les délais prescrits (24 à 48 heures posthospitalisation) sauf qu'elle se fait d'abord par téléphone puis, par visites. Le nombre de premières visites varie significativement d'un territoire de CLSC à l'autre, voire du simple au double. Entre autres, la consultation postnatale par visites s'effectuerait davantage pour les femmes qui accouchent dans des hôpitaux qui sont sous protocole avec les CLSC, soit la Cité de la Santé et le Centre hopitalier Saint-Eustache. Par ailleurs, rappelons que la durée des appels et des visites est harmonisée d'un CLSC à l'autre.

# b) Le soutien au développement de l'enfant, à sa sécurité et aux habiletés parentales, le soutien de santé aux services de garde, le soutien social et le développement des communautés

Les mesures universelles de stimulation précoce des CLSC ciblent des périodes ponctuelles du développement des enfants : 0 à 6 mois, 6 à 12 mois et 12 à 24 mois. Ces mesures peuvent rejoindre des dyades « mère-enfant » qui demeurent les mêmes d'un âge à l'autre ou encore des dyades différentes. Il en va de même pour les organismes communautaires. Toutefois, les périodes de développement que ceux-ci visent concernent plutôt les 24 à 48 mois. Dans le cadre de l'offre universelle, les critères d'intensité, de continuité et de globalité ne sont pas nécessairement requis. Par ailleurs, les services de halte-garderie des organismes communautaires visent des périodes d'âge plus longues et rejoignent principalement les mêmes familles au cours d'une année et d'une année à l'autre.

En outre, l'offre universelle de soutien au développement de l'enfant et aux habiletés parentales de l'ensemble des prestataires lavallois se distingue par des maillages entre les CLSC et les organismes communautaires. On réfère ici à plusieurs initiatives conjointes CLSC-organismes communautaires sur tous les territoires de CLSC et aux exercices continus de concertation en lien avec le déploiement de ces activités de soutien au développement de l'enfant.

Il faut aussi souligner le souci commun de développer ces activités dans une perspective plus globale de soutien social et de développement des communautés, et de dégager les rôles communs et respectifs des uns et des autres. Ce qui donne lieu à des références mutuelles selon les besoins des enfants et de leur famille et, comme nous l'avons mentionné plus haut, à des projets conjoints et à des concertations locales et intersectorielles. Ces concertations ont lieu notamment au sein des Tables locales intersectorielles 0 à 5 ans en petite enfance sur les territoires du Marigot, des Mille-Îles et de Sainte-Rose et à la Table de concertation « Famille » sur le territoire du Ruisseau-Papineau.

<sup>69.</sup> D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J-F., Remondin, M., Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets: le cas des services en périnatalité, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, décembre 2003, pages V, annexe 6, tableau A-6.1.

« Brindami » et « Le Trésor » sont des programmes qui visent à outiller les intervenantes en petite enfance (*CPE et organismes communautaires « famille »*) grâce à des programmes de développement des habiletés sociales et d'estime de soi. Le prolongement de ces activités auprès des enfants par des volets « parents » correspond aux principes de continuité en matière de soutien au développement des tout-petits. De même, la coexistence des volets « enfants » et « parents » dans les deux programmes répond aussi à des principes de base généralement reconnus. À cet égard, citons deux des principes de base du protocole d'entente type CLSC-CPE :

- ✓ Les parents sont les premiers responsables du développement de leur enfant. Leurs compétences à cet égard doivent être reconnues et soutenues.
- ✓ Les parents doivent être (...) informés (des mesures destinées à leur enfant) et s'engager dans la mise en œuvre de ces mesures<sup>70</sup>.

Il y a lieu de noter que l'ensemble des mesures de soutien au développement de l'enfant du réseau de la santé et des services sociaux que sont les ateliers de stimulation précoce et de socialisation pour les 0 à 5 ans, le programme Brindami : volets « enfant » et « parent », le programme de promotion de l'estime soi « Le Trésor » ont été développées, en mesures universelles, avant deux événements majeurs :

- ✓ La création du ministère de la Famille et de l'Enfance<sup>71</sup> et des CPE. Ce qui a mené au développement d'un réseau de services de garde de quelque 200 000 places financées à 85 % par l'État québécois, avec l'obligation d'un personnel éducateur formé et l'adoption d'un programme éducatif. Un protocole CLSC-CPE « type » vient définir la complémentarité des services aux jeunes enfants entre le ministère de la Famille et de l'Enfance et le MSSS. Des travaux régionaux sont en cours entre les deux réseaux de services pour déployer ce type de protocole dans la région de Laval.
- ✓ La priorité absolue donnée par le MSSS aux enfants vivant dans un contexte de pauvreté, en ce qui concerne l'intervention en petite enfance dont il a la responsabilité et la gouverne. Le Cadre de référence sur les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, produit par le MSSS en 2004, vient confirmer à nouveau cette priorité et balise son actualisation.

En raison de ces deux événements et l'élargissement des connaissances sur le développement des jeunes enfants, le rôle et les cibles du réseau de la santé et des services sociaux dans le domaine des mesures de soutien au développement de l'enfant sont en réajustement.

Les moyens de promotion et de vérification des sièges d'auto pour enfants déployés par différents prestataires de services sociaux et de santé et des partenaires se complètent. Toutefois, il y aurait lieu de s'assurer d'une intensité optimale pour les trois moyens utilisés que sont les communications « grand public », les pratiques cliniques préventives et la clinique de vérification annuelle.

<sup>70.</sup> MESSF, Protocole CLSC-CPE, Guide d'implantation, Entente-cadre et protocole-type, mars 2002, page 31.

<sup>71.</sup> Maintenant renommé : Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille (MESSF).

Des activités de soutien social et de développement des communautés visant les familles d'enfants ayant de 0 à 5 ans sont offertes à tous les territoires de CLSC de Laval. Bien qu'elles soient le fruit de la contribution de plusieurs partenaires, elles sont avant tout le lot des organismes communautaires « famille » de la région de Laval, plus particulièrement les 12 organismes identifiés dans la section sur les principaux partenaires. En plus des activités spécifiques comme les activités de stimulation précoce et de socialisation et les services de halte-garderie et de halte-répit, les organismes « famille », dont les maisons de la famille, ont comme particularité de fournir des milieux de vie communautaire et du soutien dans leur communauté. Un milieu de vie se définit comme un lieu d'appartenance et de transition, un réseau d'entraide et d'action. Ces milieux de vie favorisent l'échange, le partage et le ressourcement des familles, visant ainsi à briser l'isolement et à favoriser la solidarité. L'action des organismes communautaires est guidée par une perspective d'égalité des chances et en ce sens, leur approche est globale et continue et l'ensemble de leur activité est unifié, ayant pour but l'« empowerment » des parents et la solidarité sociale. D'ailleurs, ces organismes sont souvent créés par le milieu, issus de besoins émergents dans la communauté concernée, et encouragent l'engagement des parents dans l'élaboration, l'animation des activités, voire la gestion de l'organisme.

En raison de cette mobilisation communautaire et parce que les organismes communautaires ne rejoignent pas uniquement les familles en difficultés, mais des groupes de personnes ayant bien d'autres caractéristiques communes, les notions d'offre « universelle » et « sélective » sont plus ou moins appropriées pour les activités de soutien social et de développement des communautés. Nous retrouverons d'ailleurs la description de ces mêmes activités dans la trajectoire de l'offre de service à caractère sélectif pour les enfants de 0 à 4 ans et leur famille.

# 3.1.7 La qualité et l'évolution des pratiques et des milieux

Les pratiques et l'organisation des services de cette trajectoire sur les services universels sont balisées<sup>72</sup> par :

- ✓ la Programmation des services famille-enfance-jeunesse des CLSC de Laval, « Allons à l'essentiel »;
- ✓ la Politique de périnatalité;
- ✓ la Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité (MSSS, 1999);
- ✓ L'allaitement maternel au Québec, Lignes directrices (MSSS, 2001);
- ✓ le Plan d'action 2003-2004, Allaitement maternel à Laval, Orientations 2003-2006;
- ✓ le PIQ:
- ✓ la mesure : OBS-1 : Équipe régionale en périnatalité et clinique néonatale dans le cadre du Programme Obstétrique (*Régie régionale de Laval, PRSA, 1999*);
- ✓ la mesure : OBS-2 : Suivi postnatal de la nouvelle accouchée et de son nouveau-né dans le cadre de la réduction des séjours en obstétrique, Programme Obstétrique (Régie régionale de Laval, PRSA, date inconnue);

<sup>72.</sup> Plusieurs balises viennent guider la pratique et l'organisation de services sociaux et de santé. Elles peuvent provenir de la formation première des différents professionnels, d'associations professionnelles, du MSSS ou encore d'instances décisionnelles à l'échelle d'une région. Pour chaque trajectoire, nous avons retenu des balises qui proviennent des décideurs de l'organisation de services à l'échelle nationale ou régionale et qui constituent encore aujourd'hui la référence « officielle » concernant cette organisation.

- ✓ la mesure : OBS-3 : Éducation prénatale régionalisée dans le cadre des congés précoces, Programme Obstétrique (*Régie régionale de Laval, PRSA, 2002*);
- ✓ le Protocole d'entente entre Cité de la Santé CARL et six CLSC (dont les quatre CLSC de Laval) dans le cadre du congé précoce en périnatalité;
- ✓ le PNSP, le PAR et les Plans d'action locaux<sup>73</sup>.

# a) Le suivi médical de grossesse, l'éducation prénatale de groupe, l'accouchement, la consultation postnatale, l'allaitement, le suivi régulier du bébé et la vaccination de base

La qualité du suivi médical de grossesse, de l'accouchement, du suivi médical postnatal et du suivi régulier du bébé relèvent presque entièrement de la pratique individuelle des cliniciens. Le ressourcement de celle-ci provient principalement des ordres professionnels, notamment le Collège des médecins du Québec. Selon nos renseignements, cette pratique bénéficie d'une mise à jour constante, d'outils de diagnostic et de référence rigoureux et systématisés. Cette mise à jour inclurait les pratiques cliniques préventives reliées au suivi de grossesse. Ces pratiques préventives préconisées par le Groupe d'étude canadien sont :

- ✓ la recherche de cas et le counselling sur la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes;
- √ le counselling antitabagique auprès des femmes enceintes;
- √ le counselling en matière d'allaitement maternel;
- ✓ la proposition aux familles défavorisées de bénéficier des visites à domicile durant la période périnatale et la petite enfance;
- ✓ le dépistage de la rubéole et de l'hépatite B;
- √ l'offre systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes;
- √ le dépistage de la colonisation par le streptocoque groupe B chez les femmes enceintes.

Nous ne sommes pas en mesure de qualifier, preuve à l'appui, le niveau d'adoption de ces pratiques préventives par les médecins, mais elles sont suffisamment importantes pour être à nouveau préconisées dans le PNSP et faire l'objet d'activités de promotion spécifiques dans le Plan d'action régional de santé publique<sup>74</sup>. De plus, concernant les familles vulnérables et le counselling en allaitement, tous les travaux liés au présent portrait nous indiquent que ces pratiques préventives ne sont pas utilisées. Rappelons, entre autres, que les données sur les familles vulnérables rejointes par les services intégrés en périnatalité et petite enfance des CLSC confirment que celles-ci n'ont pas été dirigées vers ces services par leurs médecins alors que ceux-ci réalisent un suivi de grossesse pour 95 % des femmes enceintes.

En ce qui concerne spécifiquement l'accouchement, les approches adoptées par les centres hospitaliers viennent aussi influencer la pratique individuelle. Ces approches devraient converger vers les critères de congé précoce, les conditions de base de son organisation et l'approche familiale, contenus dans la *Proposition d'organisation des services dans le cadre d'un programme de congé précoce en périnatalité* du MSSS.

\_

<sup>73.</sup> Les Plans d'action locaux sont à l'étape d'élaboration. Il est prévu qu'ils soient déposés au MSSS en juin 2004.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Laval, Direction de santé publique, Plan d'action régional de santé publique, région de Laval, 2004-2007, 2004, page 28.

En ce qui a trait aux cours prénataux de groupe, le « curriculum des rencontres », entériné par l'équipe régionale en périnatalité et qui devrait se déployer éventuellement, couvre les préoccupations de santé et de bien-être liées à la périnatalité et correspond aux normes habituelles de bonnes rencontres prénatales. Pour ce qui est de la promotion et du soutien à l'allaitement, le suivi du déploiement du *Plan d'action en allaitement maternel à Laval 2003-2004* devrait être garant de l'implantation des lignes directrices du MSSS, d'un message régional concerté et d'une pratique harmonisée. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce Plan d'action régional, les rôles des médecins, des CLSC, de l'hôpital et des organismes communautaires demanderont à être clarifiés. Pour établir les rôles respectifs et conjoints des partenaires, il pourrait être utile de se référer aux étapes de la décision, de l'initiation et de la durée de l'allaitement.

Des standards font consensus au Québec (*ex.* : *cibler les primipares, etc.*) concernant la consultation postnatale systématique. À Laval, une révision des critères et du contenu devrait s'en inspirer. De plus, il y aurait lieu de discuter du contenu de cette consultation avec les médecins afin de s'assurer d'éviter les dédoublements. Par ailleurs, pour D'Amour et al., « *un retour aux lignes de suivi montre qu'il n'existe pas de directives claires sur ce que devrait être le suivi médical dans les deux premières semaines de vie du bébé<sup>75</sup> ». Ainsi, leurs « <i>résultats montrent une grande hétérogénéité dans la pratique médicale dans le premier mois de vie de l'enfant*<sup>76</sup> ».

La vaccination des enfants en bas âge est encadrée par le PIQ, qui prescrit le nombre de doses et leur séquence d'administration. Ce protocole est régulièrement mis à jour et chaque nouvelle édition fait l'objet d'une formation régionale pour tout le personnel concerné. Ce sont les Directions de santé publique de chaque région qui ont la responsabilité de la diffusion de la mise à jour, de la formation régionale et aussi de la distribution des vaccins. La formation régulière et continue du personnel concerné est sous la responsabilité de chaque établissement. La pratique est ainsi soutenue et harmonisée dans chacune des régions du Québec. De plus, un carnet de vaccination permet aux parents de suivre le statut vaccinal de leur enfant. Ce carnet suit l'enfant toute sa vie et il est vérifié à l'école, aux niveaux primaire et secondaire. Par ailleurs, un système d'information sur la vaccination (SIV) est en voie d'implantation pour l'ensemble du Québec. Il couvrira tous les sites de vaccination du secteur privé et du secteur public. Il permettra de suivre adéquatement l'atteinte de la couverture vaccinale visée, soit 95 % des enfants de deux ans.

En outre, l'Association des CLSC – CHSLD du Québec recommande que la vaccination de base en CLSC comprenne un contenu de dépistage, d'information, de soutien à l'allaitement et de soutien parental. Les CLSC de Laval valorisent cette pratique plus complète et, dans le cadre de la démarche « Allons à l'essentiel » qui s'est terminée en avril 2003, ils disaient souhaiter l'adopter. Ni le PIQ ni le PNSP ne se prononcent sur cette question. Si un éventuel examen de l'organisation de ces deux services (vaccination et suivi régulier du bébé) devait avoir lieu, il faudra considérer la Loi 90 modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. En effet, cette loi a établi un cadre qui permet d'autoriser des professionnels autres que les médecins, notamment les infirmières et infirmiers, à exercer certaines activités médicales<sup>77</sup>. Parmi celles-ci et selon nos

<sup>75.</sup> D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J-F., Remondin, M., Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, décembre 2003, page 4.

<sup>76.</sup> *Idem*, page 5.

<sup>77.</sup> Assemblée nationale, Projet de loi 90, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, sanctionnée le 14 juin 2002, Éditeur officiel du Québec, 2002, notes explicatives.

renseignements, la vaccination des enfants de deux ans et le suivi régulier du bébé pourraient être vus comme des champs d'exercice propices à un nouveau partage des tâches. À Laval, la vaccination de base est déjà installée dans les CLSC et dans certains cabinets privés de médecins.

# b) Le soutien au développement de l'enfant, à sa sécurité et aux habiletés parentales, le soutien de santé aux services de garde, le soutien social et le développement des communautés

Les acteurs engagés dans les activités de stimulation précoce et de socialisation bénéficient de plusieurs activités d'accompagnement et d'adaptation à leurs pratiques. Il s'agit notamment de soutien dans le cadre des comités de concertation et des groupes de travail régionaux, de formations régionales ou nationales, de guides de pratiques et de mise à jour des connaissances sur le développement des enfants et des pratiques jugées efficaces ou prometteuses. L'ensemble de ces moyens de formation continue et de soutien est réalisé par le MSSS, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), l'Agence de santé et des services sociaux de Laval, Santé Canada, des institutions de formation publiques ou privées, des associations d'établissements ou d'organismes, des ordres professionnels, etc.

Le programme Brindami est un programme conçu par le Centre de psychoéducation du Québec (CPEQ). Il inclut un programme de formation, de suivi et des outils d'intervention pour les éducatrices de services de garde. Le volet « parents » : « Parent de tout-petit...QUEL DÉFI! » a été développé par la région de Laval et n'est pas soutenu par le CPEQ. Le comité régional Brindami vise à soutenir le déploiement des diverses composantes du programme et à favoriser les arrimages pertinents avec d'autres programmes.

Pour ce qui est du programme Le Trésor, il s'agit d'un programme conjoint de plusieurs partenaires, soit le Centre d'aide aux victimes d'actes criminels de Laval (CAVAC), le RCPEL, le service de police de Laval, le CJL, le Centre de communications de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (CECOM)<sup>78</sup> et l'Agence de santé et de services sociaux de Laval. Ce programme comprend une vidéo, un guide d'intervention, un recueil d'activités et des outils pour les parents. Des évaluations des besoins régionaux de soutien des éducatrices ont eu cours de même qu'un suivi de l'utilisation du programme. Des ajustements sont actuellement envisagés pour répondre aux constats soulevés dans ces exercices d'évaluation et de suivi et aussi pour correspondre aux orientations du PNSP et du PAR afin de cibler, en priorité, les familles de milieux défavorisés par des mesures globales, intensives et continues. En 2004-2005, il y a eu un accroissement du rayonnement du programme « Le Trésor ». Notamment, 40 agents multiplicateurs ont été formés.

Le réseau de la santé et des services sociaux est principalement alimenté par le PNSP pour le déploiement de moyens jugés efficaces de promotion et de vérification des sièges d'auto pour enfants et de toutes les autres mesures liées à la sécurité des enfants. Il en découle que la formation et les outils cliniques au regard de ce champ d'intervention sont transmis par le MSSS. Par ailleurs, maints outils gouvernementaux sont disponibles concernant le transport sécuritaire des enfants et les

-

<sup>78.</sup> Le CECOM est un centre spécialisé dans la production et la distribution de programmes et vidéo-documentaires notamment, dans les champs de la promotion de la santé, la promotion de la santé mentale, la prévention de la violence, des programmes de santé publique, etc. Pour le programme Le Trésor, le CECOM assure la promotion et la distribution du programme à travers la francophonie.

messages vont tous dans le même sens. De plus, l'obligation, au Québec, du port de la ceinture de sécurité et les nombreuses campagnes sur l'importance des dispositifs de retenue dans les voitures ont fait une norme des pratiques de sécurité plus spécifiques aux enfants.

Aux fins de soutien de santé aux CPE, et concernant plus précisément la prévention et le contrôle des infections, le Comité de prévention des infections dans les CPE du Québec (CPICPEQ) agit à titre de conseiller scientifique sur toute cette question et sur des lignes de conduite à adopter lorsque les maladies surviennent malgré tout. Ce comité permanent intersectoriel est sous la responsabilité du MSSS et la DSP de Laval en assume la présidence. Il produit, entre autres, le guide d'intervention *Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance* à l'intention des professionnels de la santé. Ce guide est très utilisé et il est l'outil privilégié des CLSC lors de leurs interventions au regard des maladies infectieuses en CPE.

De manière plus générale, des productions du ministère de la Famille et de l'Enfance, comme La santé des enfants en services de garde éducatifs et La sécurité des enfants en services de garde éducatifs, guident l'ensemble des intervenants en CPE au moment d'adopter les comportements qui favorisent des milieux de vie sains et sécuritaires et ceux appropriés lors de situations problématiques.

Pour l'ensemble des services des CLSC aux CPE, le *Protocole d'entente CLSC-CPE définit l'offre de service de santé et de services sociaux de base à donner aux enfants fréquentant les CPE et assure l'accessibilité aux CPE aux enfants dont le dossier relève du CLSC<sup>79</sup>. Il vise à favoriser l'accessibilité des services respectifs des deux réseaux. Il est prévu que ce protocole fasse l'objet d'un déploiement dans la région. De prime abord, trois axes principaux de complémentarité et de collaboration semblent correspondre aux besoins et aux ressources de la région, soit :* 

- √ les services de soutien de santé aux services de garde;
- ✓ le soutien aux familles pour les enfants en difficulté et fréquentant les services de garde, par la promotion de programmes jugés efficaces ou par de la consultation psychosociale;
- ✓ l'accessibilité des places pour les enfants vivant en contexte de vulnérabilité.

Afin d'agir sur les déterminants de la santé et du bien-être, le réseau de la santé et des services sociaux reconnaît et fait la promotion de manière marquée des stratégies de développement des communautés. Ainsi, en appui aux activités de soutien social et de développement des communautés dont l'expertise relève principalement des organismes communautaires, le réseau s'est investi fortement dans l'action intersectorielle, sur les plans théorique et pratique. Cette mobilisation de tous les acteurs a une influence sur l'évolution des pratiques et la complémentarité des rôles des partenaires.

Ξ

<sup>79.</sup> Ministère de la Famille et de l'Enfance et MSSS, *Protocole CLSC-CPE – Guide d'implantation, Entente-Cadre et Protocole-Type*, mars 2002, page 5.

#### 3.1.8 La coordination des services

À l'étape de la périnatalité, l'équipe régionale en périnatalité regroupe l'ensemble des acteurs impliqués dans ce domaine. L'équipe est composée de représentants de Cité de la Santé - CARL (volets hospitalier et ambulatoire), des CLSC et des médecins, chefs des programmes d'obstétrique et de pédiatrie et plus récemment, de personnes-ressources de la DSP et de la Direction des programmes (allaitement) de l'Agence de santé et de services sociaux de Laval. La mise en place de cette équipe, en septembre 1999, est une des mesures (OBS-1) de la PRSA. Elle vise, entre autres, une meilleure coordination clinique des services de périnatalité offerts dans la région de Laval<sup>80</sup>. Son mandat est le suivant :

- ✓ recommander le développement de nouvelles approches en périnatalité;
- assurer le maintien de la qualité clinique des services auprès de la clientèle;
- ✓ favoriser la mise à jour des connaissances auprès de l'ensemble des intervenants en périnatalité;
- 🗸 établir les liens entre les différents établissements de soins de santé du réseau lavallois (établissements publics) et la pratique privée en cabinet médical;
- ✓ créer des liens avec les établissements de santé et des centres tertiaires hors Laval qui desservent une clientèle néonatale et maternelle lavalloise<sup>81</sup>.

Ainsi, l'Équipe régionale en périnatalité s'est avérée un lieu d'échange sur les pratiques cliniques en périnatalité entre les dispensateurs de services. Les discussions ont surtout porté sur le déploiement des mesures obstétriques de la PRSA à mettre en place. Ces mesures sont au nombre de huit (dont trois sont incluses dans l'offre de service à caractère universel), et il s'agissait pour l'essentiel, de se concerter sur les corridors de services nécessaires à la continuité de celles-ci entre dispensateurs de services. Plus récemment, le Plan d'action sur l'allaitement maternel à Laval a aussi été l'occasion de rechercher un consensus régional et de définir les rôles respectifs et conjoints.

Toutefois, en pratique, plusieurs facteurs n'ont pas permis d'obtenir le fonctionnement optimal des mécanismes de coordination prévus. Parmi ces facteurs, citons le rôle de coordination clinique régionale confié à un établissement, le rattachement confus de l'équipe régionale aux divers décideurs de l'organisation des services et la nature diversifiée des objets de travail (mesures PRSA, dont certaines relèvent d'un dispensateur principal qui n'est pas le CARL, autres mesures que celles de la PRSA, etc.).

Ces écueils sont connus, ils ont été documentés lors de bilans et d'évaluations de diverses provenances. Entre autres, l'étude de D'Amour et al. tire les constats suivants sur la région de Laval : les dossiers avancent difficilement et les personnes interviewées se sont dites insatisfaites des relations. En ce qui a trait à la gouverne, l'absence d'une instance centrale est décriée. Le leadership est confus et diffus. La collaboration semble plus dictée par un rapport de force que par un véritable leadership<sup>82</sup>.

<sup>80.</sup> Régie régionale de Laval, PRSA, Fiche descriptive de la mesure : OBS-1 : Équipe régionale en périnatalité et clinique néonatale, Programme Obstétrique, 01-09-1999, page 1.

<sup>81.</sup> *Idem*, page 4.

D'Amour, D., Goulet, L., Pineault, R., Labadie, J-F., Remondin, M., Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, décembre 2003, page 16.

Le développement du CSSS de Laval sera certainement déterminant sur l'organisation de services de périnatalité et d'obstétrique ajustée aux constats et enjeux des différentes évaluations et études entre la Cité de la Santé - CARL, les CLSC et les médecins en pratique privée.

#### 3.1.9 Les éléments de force de la région de Laval

Malgré une gamme de services harmonisés que les acteurs et partenaires régionaux auraient souhaité plus complètes, la région de Laval peut s'appuyer sur plusieurs forces pour consolider son offre de service universelle pour les enfants de 0 à 4 ans, dans une perspective d'intégration. Pour l'essentiel, les voici résumées :

- La concentration de son territoire et la facilité de regrouper les décideurs et acteurs des services universels aux enfants de 0 à 4 ans de tous horizons. Le cas échéant, favoriser des échanges autour des meilleures pratiques cliniques et établir des collaborations spontanées.
- ✓ Le regroupement de tous les acteurs au sein d'une instance régionale : l'équipe régionale en périnatalité. Plus spécifiquement, l'expérience de la démarche régionale de cette équipe qui a regroupé des représentants de Cité de la Santé - CARL (volets hospitalier et ambulatoire), des CLSC et des médecins, des chefs des programmes d'obstétrique et de pédiatrie, des personnesressources de la DSP et de la Direction des programmes (allaitement) de la Régie régionale de Laval autour d'une meilleure coordination clinique des services de périnatalité offerts dans la région de Laval<sup>83</sup>.
- ✓ La connaissance mutuelle des services des différents acteurs, leurs rôles, leurs responsabilités et leurs expertises et, le cas échéant, la création de liens de collaboration.
- ✓ Le développement de l'offre de service par les mesures d'obstétrique et de pédiatrie de la PRSA, son effet sur l'autonomie et l'innovation de la région au regard de l'offre de service pour les enfants de 0 à 4 ans et leur famille.
- Dans le cadre du déploiement des mesures de la PRSA par le CARL, l'établissement de mécanismes d'accès, de liaison et de corridors de services entre les dispensateurs de services de deuxième ligne et ceux de première et de deuxième ligne.
- ✓ Une démarche continue d'harmonisation des services entre les quatre CLSC du territoire.
- Plusieurs études et travaux de réflexion et des recommandations entérinées sur une base régionale pour une relance de la concertation des partenaires autour de l'organisation des services aux enfants de 0 à 4 ans et leur famille.
- La création d'un seul CSSS regroupant tous les acteurs des services de périnatalité et de la petite enfance de la région sous une même direction.

<sup>83.</sup> Régie régionale de Laval, PRSA, Fiche descriptive de la mesure : OBS-1, Équipe régionale en périnatalité et clinique néonatale, Programme Obstétrique, 01-09-1999, page 1.

- ✓ Le développement du SI-PRSI et du SI-RIL, notamment dans le domaine de l'obstétrique, une démarche d'informatisation du processus clinique interétablissement bien amorcée, porteuse de la standardisation, de l'adoption de formulaires communs de référence entre les dispensateurs de services et favorisant le cheminement de l'information.
- Sur le plan intersectoriel et dans le domaine de la promotion-prévention, les concertations locales et régionales des acteurs en petite enfance, dont les Tables locales intersectorielles 0 à 5 ans en petite enfance (Marigot, Mille-Îles, Sainte-Rose), la Table de concertation « famille » (Ruisseau-Papineau), le comité régional Brindami, l'équipe intersectorielle Le Trésor et la mobilisation régionale intersectorielle autour de la sécurité des enfants. Le soutien des organisateurs des CLSC aux tables locales et, plus généralement, les collaborations entre les CLSC et les organismes communautaires.

# 3.1.10 Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services

De plus, la région de Laval dispose de conditions propices à relancer son offre de service aux enfants de 0 à 4 ans et leur famille dans une perspective d'intégration. Nous pensons principalement aux travaux de planification entourant le futur projet clinique du CSSS de Laval. De même des guides de référence et des documents d'analyse viennent soutenir l'organisation de ces services. Voici quelques-uns de ces ouvrages :

- ✓ Le Programme national de santé publique 2003-2012 du MSSS (2003) et le Plan d'action régional de santé publique Région de Laval 2004-2007 (2004);
- ✓ La politique de périnatalité du Gouvernement du Québec (en document de travail, adoption prévue à l'automne 2005);
- ✓ L'allaitement maternel au Québec, Lignes directrices (MSSS, 2001) et le Plan d'action régional en allaitement maternel à Laval (juin 2003);
- ✓ Périnatalité : Étude de population auprès des Lavalloises (document préliminaire avril 2003);
- ✓ PRSA, Le Programme régional obstétrique et les pistes d'évolution, adopté par le Comité aviseur, 21 juin 2004;
- ✓ Le PIQ (mis à jour périodiquement);
- ✓ Prévention et contrôle des infections dans les centres de la petite enfance, (2002 mis à jour périodiquement). Ce guide d'intervention en matière de contrôle et de prévention de maladies infectieuses est approprié pour l'usage des professionnels de l'ensemble des partenaires, notamment ceux des CLSC;
- ✓ L'Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, décembre 2003.

# 3.1.11 Des enjeux de l'organisation de services intégrés

De la présente trajectoire de l'offre de service à caractère universel pour les enfants de 0 à 4 ans et leur famille, ressortent quelques enjeux. Nommons les principaux :

# a) Concernant la disponibilité de l'offre de service

- ✓ Compléter les mesures de soutien à l'allaitement selon trois étapes : la prise de décision, l'initiation et la durée.
- ✓ Se concerter sur les « ingrédients » d'une éducation prénatale de groupe prometteuse. Le cas échéant, développer l'activité d'éducation prénatale de groupe sous la forme qui saura le mieux soutenir les futurs parents lavallois, moyennant les ressources appropriées.

### b) Concernant l'accès

- ✓ S'assurer d'un service de suivi postnatal équitable (*visites postnatales*) entre les mères lavalloises, indépendamment du territoire de CLSC qu'elles habitent et de leurs lieux d'accouchement et en tenant compte des facteurs linguistiques et culturels. Le cas échéant, revoir ou établir des ententes (*régionales et/ou interrégionales*) avec les centres hospitaliers accoucheurs.
- ✓ Tenir compte de la priorité absolue donné par le MSSS aux enfants et aux familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, en ce qui concerne l'intervention en petite enfance dont il a, avec son réseau, la responsabilité et la gouverne.
- ✓ Apporter les adaptations nécessaires aux réalités linguistiques et culturelles.

### c) Concernant la continuité et le suivi

- ✓ Tisser des liens plus formels de complémentarité, de liaison et de coordination entre le réseau public de soins et de services et les médecins en pratique privée (pratiques cliniques préventives, suivi postnatal, suivi du bébé).
- ✓ Préciser et établir les liens entre les services universels (*première ligne*), les services sélectifs (*deuxième ligne*) et préciser les rôles des uns et des autres.
- ✓ Intégrer les pratiques cliniques préventives préconisées lors du suivi de grossesse<sup>84</sup> et lors du suivi du bébé<sup>85</sup>.
- ✓ S'assurer d'une meilleure complémentarité entre les différents dispensateurs des services de consultation postnatale et de suivi des bébés.
- ✓ Harmoniser les messages et les pratiques des acteurs des services de l'allaitement, y compris ceux des organismes communautaires. Viser une offre complémentaire et préciser les rôles, respectifs et conjoints, aux trois étapes : prise de décision, initiation et durée.
- ✓ Mieux tenir compte du dynamisme des organismes communautaires « famille » dans l'offre de service aux jeunes enfants et tisser des liens en conséquence.

**Note**: Une organisation mieux intégrée de la présente offre de service correspond en plusieurs points aux balises d'organisation du projet clinique des CSSS, en autant qu'on y associe l'offre de service à caractère sélectif et tous les pans de services qui concernent la petite enfance dans les autres trajectoires, soit : les services psychosociaux pour les jeunes en difficulté d'adaptation, les services pour les jeunes en difficulté dans le cadre de la LPJ, les services pour les jeunes aux prises avec des trouble mentaux, les services pour les jeunes ayant une DI ou un TED, les services pour les enfants et les jeunes ayant une déficience physique.

-

<sup>84.</sup> La recherche de cas et le counselling sur la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes; le counselling antitabagique auprès des femmes enceintes; le counselling en matière d'allaitement maternel; la proposition aux familles défavorisées de bénéficier des visites à domicile durant la période périnatale et la petite enfance; le dépistage de la rubéole et de l'hépatite B; l'offre systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes; le dépistage de la colonisation par le streptocoque groupe B chez les femmes enceintes.

<sup>85.</sup> Orientation des enfants défavorisés vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces, counselling concernant l'usage des dispositifs de sécurité, dispositif de retenue dans les voitures, casque pour les cyclistes.

# Trajectoire 2

# L'OFFRE DE SERVICE À CARACTÈRE SÉLECTIF POUR LES ENFANTS DE 0 À 4 ANS ET LEUR FAMILLE

SERVICES	PRESTATAIRES	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
Pour une maternité sans danger Éducation prénatale pour	CSST     DSP (Agence)     CLSC     Médecins en pratique privée     CLSC	<ul> <li>Programme normé CSST-MSSS</li> <li>Entente MSSS-CSST</li> <li>Mandat conjoint CSST-DSP (Agence)</li> </ul>
groupes ciblés		
PCNP – OLO suivi nutritionnel et suppléments alimentaires	- CLSC	Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP)
Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (NÉGS, PSJP, Le soutien au développement des enfants)	<ul> <li>CLSC</li> <li>OC</li> <li>CPE et autres services de garde</li> </ul>	<ul> <li>Cadre de référence sur les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité du MSSS</li> <li>Guide d'intervention « L'attachement au cœur du développement de l'enfant », du MSSS et de l'INSPQ</li> <li>PNSP, PAR, PAL et mécanismes de suivi</li> <li>Comité régional de pilotage pour les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité; groupe de travail « accompagnement des familles »; groupe de travail « action communautaire »</li> <li>Groupe de travail ad hoc sur l'accompagnement et l'adaptation des pratiques (soutien au développement d'enfants vulnérables)</li> </ul>
Soutien social et développement des communautés Action intersectorielle – Sécurité alimentaire	- CLSC - OC	<ul> <li>Table de concertation " famille " rattachée à la CDCL</li> <li>Cadre de référence national en matière de sécurité alimentaire</li> <li>Comité régional de pilotage pour les services intégrés</li> <li>Tables locales intersectorielles 0 à 5 ans en petite enfance (Marigot, Mille-Îles, Sainte-Rose)</li> <li>Table de concertation « Famille » - Ruisseau-Papineau</li> </ul>
Services spécialisés ambulatoires en obstétrique et en pédiatrie	- CLSC - CARL	<ul> <li>Protocole d'entente CSL-CARL (mission CARL) - CLSC</li> <li>PRSA</li> <li>Corridors de services systématisés</li> <li>Équipe régionale en périnatalité et autres mécanismes de coordination</li> </ul>

# **TRAJECTOIRE 2**

# 3.2 L'offre de service à caractère sélectif pour les enfants de 0 à 4 ans et leur famille

Ce regroupement correspond à la configuration des services sélectifs pour les 0 à 4 ans du panier de services *Allons à l'essentiel* et des services spécifiques répondant à des besoins homogènes en raison de la pauvreté ou de problèmes de santé physique ou psychosociaux qui comportent une certaine gravité pendant la période de gestation et de la petite enfance. À cet égard, cette trajectoire inclut les programmations intégrées pour les familles de milieux défavorisés et les services spécialisés ambulatoires du CARL.

### 3.2.1 Quelques données

En 1996, 27 % des enfants Lavallois de 0 à 5 ans vivent sous le seuil de faible revenu. Sur les territoires des CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau et du Marigot, cela représente un enfant de 0 à 5 ans sur trois<sup>86</sup>.

# 3.2.2 Description

Les services sélectifs s'adressent aux enfants et aux familles qui présentent un risque plus grand que la moyenne de développer des problèmes ou qui présentent déjà des problèmes de santé ou de bien-être. Les interventions peuvent être individuelles ou collectives. Dans le document *Allons à l'essentiel - Programmation des services famille-enfance-jeunesse des CLSC de Laval*, les CLSC-CHSLD de Laval incluent les *services de consultation psychosociale aux parents et aux organismes* et les *services d'accompagnement soutenu aux familles qui découvrent une difficulté de développement chez leur enfant* dans leurs offres de services 0 à 4 ans. Dans le présent document, ces services seront décrits dans la trajectoire 5 sur les suivis psychosociaux et dans celles concernant les enfants présentant une DI ou une déficience physique (*trajectoires 12, 13*). De plus, la présente trajectoire inclut les services spécialisés ambulatoires d'obstétrique et de pédiatrie du CARL.

Les services existants à caractère sélectif pour les enfants de 0 à 4 ans et leur famille sont :

- ✓ Le programme Pour une maternité sans danger.
- ✓ L'éducation prénatale pour groupes ciblés.
- ✓ Le suivi nutritionnel et la distribution de suppléments alimentaires/l'activité OLO dans le cadre du PCNP.
- ✓ Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (nouvelle appellation pour désigner l'ensemble des activités des programmes NÉGS PSJP ainsi que le soutien au développement de l'enfant).

<sup>86.</sup> Les seuils de faible revenu par groupe d'âge ne sont pas encore disponibles pour 2001.

#### ✓ Le soutien aux familles en difficulté :

- Les ateliers de socialisation pour les 2 à 4 ans dans le territoire du CLSC-CHSLD du Marigot;
- le *Projet 3-5 ans interculturel* dans les territoires du CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau et du CLSC du Marigot (*11 familles et enfants*);
- le *Programme de soutien éducatif pour les 2 à 5 ans* dans le territoire du CLSC du Marigot (7 enfants programme traceur);
- Les matinées Pépé dans le territoire du CLSC-CHSLD Sainte-Rose de Laval;
- les programmes de soutien à la compétence parentale Y'a personne de parfait (Y'APP) (groupes Y'APP) et Parent de tout-petit...QUEL DÉFI!

### ✓ Le soutien social et le développement des communautés, dont :

- les activités de soutien social et de développement des communautés issues du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)<sup>87</sup>;
- l'action intersectorielle liée aux services intégrés en périnatalité et petite enfance;
- Initiative 1,2,3 Go! Laval-Marigot;
- les mesures de sécurité alimentaire.
- ✓ Les services spécialisés ambulatoires d'obstétrique et de pédiatrie du CARL dont la majorité est issue des mesures de la PRSA
  - Les services spécialisés en obstétrique :
    - OBS-1 : clinique néonatale pour nouveau-nés normaux à risque ou ayant séjourné en soins intermédiaires :
      - · vaccination sous surveillance médicale pour les enfants très allergiques (Centre ambulatoire régional de Laval (CARL) est le centre désigné pour la région de Laval),
      - · clinique de vaccination pour le vaccin contre le virus respiratoire syncytial (CARL est le centre désigné pour la région de Laval),
      - clinique d'allaitement pour mères et nouveau-nés présentant des problèmes d'allaitement importants et nuisant à la santé du bébé,
      - · gavage à domicile,
      - · nouveau-nés ayant des anomalies congénitales,
      - deuil périnatal.
    - OBS-4 : traitement de photothérapie à domicile;
    - OBS-5: suivi spécialisé permettant le maintien à domicile des grossesses à risque (GARE)<sup>88</sup>;

# ✓ Les services spécialisés en pédiatrie :

- PED-2 : centre régional ambulatoire pédiatrique regroupant diverses cliniques pédiatriques spécialisées telles que<sup>89</sup> :
  - · la clinique d'enseignement<sup>90</sup> et la clinique d'asthme pédiatrique (PED-1 et PED-3),

<sup>87.</sup> Programme d'action communautaire pour les enfants subventionné par Santé Canada.

<sup>88.</sup> Cinq diagnostics sont retenus pour ce service de maintien à domicile : travail prématuré, rupture prématurée des membranes, hypertension, grossesse multiple, diabète gestationnel.

<sup>89.</sup> Régie régionale de Laval, Fiche descriptive de la mesure PED-2, 1999-04-08, p.1.

<sup>90.</sup> La clinique d'enseignement est aussi disponible au CLSC Sainte-Rose de Laval.

- · la clinique urinaire pédiatrique (PED-4),
- · la clinique de thérapie intraveineuse (PED-5),
- · l'organisation régionale des services pédiatriques d'urgence (PED-6),
- · l'accessibilité au test diagnostique du virus respiratoire syncytial (PED-7),
- les cliniques d'allergie alimentaire, du développement et d'orthophonie générale;
- · la clinique sociojuridique,
- · d'autres services dont la clinique d'adoption internationale et la clinique de cardiologie pédiatrique.

# 3.2.3 Les principaux prestataires de services

De façon générale, les principaux prestataires de cette offre de service à caractère sélectif sont les CLSC, Cité de la Santé – CARL et les organismes communautaires.

Le CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau est le mandataire régional du programme de retrait préventif des travailleuses enceintes *Maternité sans danger*.

Les quatre CLSC sont responsables de l'implantation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité sur leur territoire et du soutien professionnel aux intervenantes affectées à ces activités. Ils doivent s'assurer de travailler en continuité avec les ressources et les services existants dans le milieu. D'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, comme par exemple le CJL, collaborent à la mise en œuvre de ces services.

Les organismes communautaires collaborent aussi à l'implantation de ces services. Ainsi, dans une perspective de soutien et d'accompagnement des familles dans la communauté, les organismes communautaires offrent des activités répondant aux besoins spécifiques des parents et des jeunes enfants. Ces projets sont élaborés de façon concertée avec les différents partenaires ayant à cœur le bien-être des familles et des tout-petits.

Enfin, les CPE ainsi que le RCPEL jouent un rôle important dans l'offre de service aux jeunes enfants et à leur famille.

Les partenaires sont regroupés, entre autres, au sein :

- ✓ du Comité régional de pilotage pour les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité et de ses sous-comités;
- ✓ de la Table régionale des organismes communautaires « Famille » rattachée à la CDCL:
- ✓ des Tables locales intersectorielles 0 à 5 ans en petite enfance (Marigot, Mille-Îles, Sainte-Rose);
- ✓ de la Table de concertation « Famille » Ruisseau-Papineau.

#### 3.2.4 L'utilisation des services

# a) Le programme de retrait préventif des travailleuses enceintes « Pour une maternité sans danger »

Selon le bilan 2003 des services aux clients en santé au travail<sup>91</sup>, 1 250 demandes de la part d'environ 900 femmes ont été faites pour bénéficier du programme de réaffectation ou de retrait préventif des travailleuses enceintes et de celles qui allaitent *Pour une maternité sans danger*.

# b) L'éducation prénatale pour groupes ciblés

L'éducation prénatale pour groupes ciblés est offerte aux futurs parents cumulant divers facteurs de risque. À Laval, plus de 250 femmes se sont inscrites à ces rencontres prénatales. Le TABLEAU 15 indique la répartition des inscriptions par CLSC pour l'année 2002-2003.

TABLEAU 15 Inscriptions aux rencontres prénatales pour groupes ciblés dans chacun des CLSC - 2002-2003

Marigot	Mille-Îles	Ruisseau-Papineau	Sainte-Rose de Laval	Laval
27 femmes	60	80 femmes	95 femmes	262 femmes
53 personnes	120 personnes	160 personnes	200 personnes	533 personnes

Source: Allons à l'essentiel, avril 2003, p.4.

### c) PCNP - OLO

Plus de 150 femmes sont rejointes chaque année par l'activité OLO du *PCNP*. Le TABLEAU 16 nous donne leur répartition par territoire de CLSC.

TABLEAU 16 Nombre de femmes rejointes par l'activité PCNP-OLO par territoire de CLSC

	Marigot	Mille-Îles	Ruisseau-Papineau	Sainte-Rose de Laval	Laval
Nombre de femmes rejointes	67	28	40	35	170

Source: Allons à l'essentiel, avril 2003, p.35.

# d) Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (NÉGS, PSJP, Soutien au développement de l'enfant)

La nouvelle appellation Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité regroupe les programmes Naître égaux – Grandir en santé (NÉGS), le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) et les activités de soutien au développement de l'enfant.

<sup>91.</sup> Tiré du Rapport de la planification et du bilan des services aux clients en santé au travail, Planification 2004 et Bilan 2003, Agence de santé et de services sociaux de Laval et Direction régionale de la CSST.

# Les femmes enceintes sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu (NÉGS)

En vertu des objectifs fixés par le MSSS à ce jour pour le programme NÉGS, soit de rejoindre 60 % des femmes enceintes sous-scolarisées et vivant en situation d'extrême pauvreté, 180 nouvelles Lavalloises doivent être rejointes annuellement. Les CLSC de Laval ont commencé à déployer ce programme à l'automne 2000 et il rejoignait, au 31 mars 2003, 106 nouvelles femmes (soit 58 % de l'objectif régional). Au total, 193 femmes ont participé au programme durant l'année 2002-2003. Le TABLEAU 17 présente le nombre total de femmes rejointes par NÉGS par territoire de CLSC au 31 mars 2003 de même que le nombre de nouvelles femmes rejointes pour l'année 2002-2003.

TABLEAU 17 Nombre de femmes rejointes par le programme NÉGS par territoire de CLSC

	Marigot	Mille-Îles	Ruisseau-Papineau	Sainte-Rose de Laval	Laval
Objectifs visés en 2002-2003	56	20	56	48	180
Nombre de nouvelles femmes rejointes en 2002-2003	36	9	41	20	106
Nombre total de femmes rejointes en 2002-2003	67	22	55	49	193

Source : Direction de santé publique, Régie régionale de Laval, Programme NÉGS, Bilan de l'an 3, au 31 mars 2003, basé sur le plan d'action pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2002 au 31 mars 2003.

### Les jeunes filles enceintes âgées de 19 ans et moins (PSJP)

Le MSSS a décidé de déployer ce programme graduellement à raison d'un territoire de CLSC par région à l'automne 2002, puis, en couvrant l'ensemble des territoires de CLSC à partir de janvier 2003. Ainsi, à Laval, le PSJP a débuté son implantation dans le territoire du CLSC-CHSLD du Marigot en octobre 2002. En vertu des objectifs fixés par le MSSS et du financement disponible, 80 % des jeunes femmes enceintes de 19 ans et moins doivent être rejointes annuellement, soit, pour Laval, 107 jeunes femmes. Ces résultats attendus sont basés sur la moyenne annuelle 1997-1998 des grossesses chez les Lavalloises de 19 ans et moins.

Le TABLEAU 18 présente le nombre de jeunes filles rejointes au 31 mars 2003, par territoire de CLSC. Le CLSC-CHSLD du Marigot a rejoint un plus grand nombre de jeunes femmes car il a débuté l'implantation du programme à l'automne 2002 alors que les trois autres CLSC ont débuté les activités en janvier 2003.

**TABLEAU 18** Nombre de femmes rejointes par le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) par territoire de CLSC

	Marigot	Mille-Îles	Ruisseau-Papineau	Sainte-Rose de Laval	Laval
Objectifs visés pour la période d'implantation	20	3	7	7	37
Nombre total de jeunes femmes rejointes en 2002-2003	19	1	11	2	33

Source : Direction de santé publique, Régie régionale de Laval, Programme NÉGS, Bilan de l'an 3, au 31 mars 2003, basé sur le plan d'action pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2002 au 31 mars 2003.

### Les services de soutien aux familles en difficultés (le soutien au développement de l'enfant)

Dans le document *Allons à l'essentiel-Laval*, les CLSC de la région incluent dans les services de soutien aux familles en difficultés, les ateliers de socialisation pour les 2 à 4 ans dans le territoire du CLSC-CHSLD du Marigot, le Projet 3-5 ans interculturel dans le territoire du CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau, les matinées Pépé dans le territoire du CLSC-CHSLD Sainte-Rose de Laval et les programmes de soutien à la compétence parentale *Y'APP* et *Parent de tout-petit... QUEL DÉFI*!. Selon la norme provinciale utilisée dans le document *Allons à l'essentiel*, 5 % des familles ayant des enfants âgés entre 2 et 4 ans sont susceptibles d'utiliser les services visant à soutenir les familles en difficulté par l'intégration et le maintien des enfants en milieu de garde et par le soutien aux compétences parentales. Pour Laval, ce pourcentage représente autour de 500 familles ayant des enfants entre 2 et 4 ans. Trois CLSC-CHSLD sur quatre offrent des activités particulières aux familles ainsi ciblées, et au 31 mars 2003, 21 parents du territoire du CLSC-CHSLD du Marigot avaient été rejoints par les ateliers de socialisation, 12 parents sont rejoints par le biais du Projet 3-5 ans interculturel du CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau et 35 parents ont participé aux matinées Pépé du CLSC-CHSLD Sainte-Rose de Laval<sup>92</sup>.

De plus, 160 parents ont pu bénéficier du programme de promotion de la santé et de soutien à la compétence parentale *Y'APP* offert conjointement par les organismes communautaires et trois CLSC sur quatre<sup>93</sup>. De même, 300 parents ont été rejoints par *Parent de tout-petit...QUEL DÉFI!* (juin 2004).

# e) Le soutien social et le développement des communautés, l'action intersectorielle et la sécurité alimentaire

Quatre mesures sont comprises dans le soutien social et le développement des communautés, l'action intersectorielle et la sécurité alimentaire. Il s'agit :

- des activités de soutien social et de développement des communautés issues du PACE<sup>94</sup>;
- 2. le volet « soutien à la création d'environnements favorables » des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité;
- 3. Initiative 1,2,3 Go! Laval-Marigot;
- 4. des projets en sécurité alimentaire.

Dans le cadre du *PACE*, sept organismes communautaires « famille » reçoivent des subventions annuelles pour offrir une gamme d'activités spécifiques aux enfants âgés de 0 à 5 ans et à leur famille. Quelque 358 familles de Laval participent annuellement à ces activités et elles se répartissent selon le modèle suivant.

<sup>92.</sup> CLSC de la région de Laval, Allons à l'essentiel, Programmation des services famille-enfance-jeunesse des CLSC de Laval, avril 2003, p. 27.

<sup>93.</sup> Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, *Rapport annuel 2002-2003*, Laval, p. 40.

<sup>94.</sup> Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE), subventionné par Santé Canada.

Activités financées par le PACE<sup>95</sup>

Organismes communautaires	Activités	Nombre de familles	
La Parentèle	<ul> <li>Y'APP</li> <li>Ateliers Césame</li> <li>Ateliers de stimulation</li> <li>Ateliers de socialisation</li> <li>Halte-garderie</li> </ul>	52 familles	
L'Entraide (Pont-Viau et Laval-des-Rapides) Inc.	<ul> <li>Y'APP</li> <li>Ateliers de stimulation</li> <li>Préparation à la maternelle</li> <li>Halte-garderie</li> </ul>	54 familles	
Centre communautaire Val-Martin	<ul> <li>Y'APP</li> <li>Ateliers Césame</li> <li>Préparation à la maternelle</li> <li>Cuisines collectives</li> <li>Les mercredis ensoleillés</li> </ul>	174 familles	
Maison des enfants le Dauphin	<ul> <li>◆ Le Petit refuge :         <ul> <li>Rencontres parent-enfant</li> <li>Ateliers de stimulation</li> <li>Ateliers communication</li> <li>Minicamp de jour (été)</li> </ul> </li> </ul>	80 familles	
Maison de la Famille de Saint-François	♦ Grandir avec son enfant	10 familles	
Maison de la famille de Laval-Ouest	<ul> <li>◆ Ateliers de stimulation</li> <li>◆ Ateliers éducatifs 2 à 5 ans</li> <li>◆ Conférences PACE</li> </ul>	42 familles	
Maison de quartier de Fabreville	<ul><li>→ Y'APP</li><li>→ Halte-répit</li><li>→ Cuisines collectives</li></ul>	42 familles	
TOTAL	174 familles		

Source : Roberge, Marie-Claude, Rapport annuel, Évaluation formative et sommative du 1er avril 2002 au 31 mars 2003, juin 2003.

Les familles dont la mère est âgée de moins de 20 ans à la naissance de l'enfant ou sous-scolarisée sont les premières familles visées par l'action intersectorielle liée aux services en périnatalité et petite enfance. Annuellement, 287 nouvelles familles pourraient être rejointes, d'une façon ou d'une autre, par les activités développées dans et par la communauté.

De plus, plusieurs familles sont mobilisées autour du bien-être des familles et des tout-petits par le biais de l'Initiative 1,2,3 Go! Laval-Marigot, dans les quartiers Laval-des-Rapides et Pont-Viau du territoire du CLSC-CHSLD du Marigot. Notons que l'Initiative 1,2,3 Go! Laval-Marigot vise la mobilisation de toute la population des quartiers ciblés, sans critères reliés au statut socioéconomique. C'est pourquoi on considère leurs actions autant comme des mesures universelles que sélectives.

Enfin, le programme de subvention en matière de sécurité alimentaire <sup>96</sup> a permis l'émergence de projets novateurs pour permettre aux collectivités d'avoir un meilleur accès à des aliments sains et variés. À Laval, entre 2002 et 2004, huit projets intersectoriels soutenus par des organismes

<sup>95.</sup> Certaines de ces activités sont aussi décrites dans la trajectoire 1 comme étant des mesures universelles. Il est difficile, à ce jour, de distinguer les familles inscrites selon les critères d'admissibilité de *PACE* de celles inscrites selon les modalités générales d'accueil des organismes communautaires participants.

<sup>96.</sup> Le MSSS définit ainsi la notion de sécurité alimentaire : la possibilité pour une population d'avoir accès, en tout temps et en toute dignité, à un approvisionnement alimentaire suffisant et nutritif, à coût raisonnable et acceptable aux points de vue social et culturel tout en ayant un pouvoir d'achat adéquat, en ayant accès à une information simple et fiable qui confère des habiletés permettant de faire des choix alimentaires éclairés.

communautaires ont été subventionnés dans le cadre de ce programme. Parmi ces projets, quatre visent plus directement des centaines des familles ayant de très jeunes enfants, soit :

- ✓ « Cultivons la ville » de l'organisme Enfant d'Abord;
- √ « Ô Panier d'abondance » de La Parentèle de Laval;
- ✓ « Mon quartier goûte l'été » de l'Entraide (Pont-Viau et Laval-des-Rapides);
- ✓ « Le petit chaudron du quartier » du Relais du quartier Saint-Vincent-de-Paul.

### f) Les services spécialisés ambulatoires en obstétrique et en pédiatrie

Devant l'émergence de nouvelles pratiques de soins mère-enfant pour favoriser une diminution du séjour hospitalier, l'approche ambulatoire a été amorcée à Laval depuis avril 1997. Elle vise à doter la région d'une perspective régionale de réseau de soins et de services intégrés et à favoriser une meilleure rétention de la clientèle lavallloise notamment, dans le domaine des services en périnatalité et en pédiatrie.

TABLEAU 19 Nombre de clients ciblés et rejoints par certains des programmes de périnatalité et de pédiatrie ambulatoires - 2002-2003

	Nombre de clients ciblés	Nombre de clients rejoints	Objectif
A) Les services périnataux :			
OBS-1 : Clinique néonatale	1044	1533 CSL 564 CLSC	
<ul> <li>Vaccination contre le virus</li> <li>respiratoire syncytial</li> </ul>	20 3 40 6 4 /		
- Allaitement		2	L
- Deuil périnatal		Suivi individuel : 83 parents Groupe : 150 parents	
OBS-4 : Traitement de photothérapie à domicile	131 nouveau-nés	187 nouveau-nés	dépassé
OBS-5 : Suivi spécialisé permettant le maintien à domicile des grossesses à risque « GARE »	250 CSL 10 CLSC	67 CSL 2 CLSC	Les GARE ne sont presque plus hospitalisées et ne nécessitent plus de suivis particuliers, ce qui explique la baisse de volumétrie
B) Les services pédiatriques (0 à 18 ans)			
PED-1 et PED-3 : Équipe régionale d'enseignement pour enfants asthmatiques et Clinique d'asthme pédiatrique	700	700 CARL	atteint
PED-2 : Centre régional ambulatoire pédiatrique		107 enfants	
- Clinique sociojuridique		74	

.../suite

	Nombre de clients ciblés	Nombre de clients rejoints	Objectif
PED 4 : Clinique urinaire pédiatrique	150	116 <i>CSL</i> 149 <i>CARL</i>	
PED-5 : Clinique de thérapie intraveineuse pédiatrique	186 CSL-CARL	20 CSL	La clientèle des nouveau-nés est demeurée hospitalisée contrairement à ce qui avait été prévu. La volumétrie devrait être atteinte avec l'implantation de l'urgence pédiatrique (PED- 6)
PED-6 : Organisation régionale des services pédiatriques d'urgence	1 000 CSL 1 000 CLSC-CHSLD Sainte-Rose	45 CSL <sup>97</sup> 654 CLSC	Fiche mesure à réviser pour volumétrie et scénarios différents pour CSL-CARL
PED-7 : Accessibilité au test diagnostique du virus respiratoire syncytial	208 CSL	206	
Autres services     Clinique d'adoption internationale     Clinique de cardiologie pédiatrique		91 454	

Source : Analyse des résultats des mesures PRSA, programmes obstétrique et pédiatrie 2002-2003.

#### 3.2.5 Accès, évaluation du besoin et orientation

# a) Le programme de retrait préventif des travailleuses enceintes « Pour une maternité sans danger »

Les travailleuses enceintes ou les mères qui allaitent ont accès à ce programme de retrait préventif à la suite d'une demande écrite de leur part, par formulaire prévu à cette fin. Ce programme est géré sur une base régionale par le CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau qui donne l'avis final à la suite des analyses de risque effectuées, dont celle du médecin de la demandeuse.

# b) L'éducation prénatale pour groupes ciblés

Les rencontres prénatales pour groupes ciblés sont offertes à une clientèle spécifique selon certains critères. Les modalités d'accueil varient d'un CLSC à l'autre, certains préférant une rencontre d'évaluation à domicile, d'autres, l'utilisation d'une grille d'évaluation prédéterminée ou seulement l'application de certains critères, dont le jeune âge, la scolarité, les faibles revenus. En somme, les rencontres prénatales pour groupes ciblés ont évolué vers les clientes inscrites aux services intégrés en périnatalité et petite enfance.

### c) PCNP - OLO

Les femmes qui bénéficient de l'activité OLO (les coupons pour se procurer œufs-lait-oranges et suivi nutritionnel) doivent présenter certaines caractéristiques définies par le *PCNP*). À la suite d'une évaluation en regard des critères d'inclusion à PCNP-OLO, soit que la cliente n'est pas admissible,

<sup>97.</sup> Ce faible volume peut être expliqué en partie par une ouverture très partielle en novembre 2002 (1 semaine).

soit que l'intervention est réalisée tout au long de la période prénatale. Lorsque la cliente n'est pas admissible, il peut y avoir orientation vers d'autres ressources.

# d) Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (NÉGS, PSJP, Soutien éducatif précoce de l'enfant)

Les femmes enceintes peuvent bénéficier des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) de leur territoire, en autant qu'elles correspondent aux critères d'inclusion au programme qui se résument ainsi :

- ✓ Sous-scolarisation et extrême pauvreté : 5<sup>e</sup> secondaire non complétée et un revenu familial égal ou inférieur à 75 % du seuil de faible revenu établi par Statistique Canada;
- ✓ Jeune âge : 19 ans et moins à la naissance de l'enfant.

La grande majorité des Lavalloises âgées de 20 ans et plus ont été rejointes par ces services grâce au programme de référence CLE-CLSC. Ce programme de référence du MESSF et du MSSS a été mis en place à Laval en 1999. Le Centre local d'emploi (CLE) offre aux prestataires de l'assistance emploi qui sont enceintes la possibilité d'être référées au CLSC de leur territoire afin de profiter de programmes prénataux. À la suite de cette référence, le CLSC entre directement en contact avec la cliente pour lui offrir ses services.

Les jeunes filles de 19 ans et moins rejointes par les services intégrés en périnatalité et petite enfance ont, pour la plupart, contacté elles-mêmes le CLSC pour recevoir des suppléments alimentaires ou encore elles ont été orientées vers le CLSC par le CJL, les organismes communautaires, le centre hospitalier. De même, une meilleure circulation de l'information à l'intérieur des établissements et les références faites par les infirmières scolaires ont permis de mieux orienter les jeunes. Enfin, il semble que le réseau social des jeunes filles soit une autre porte d'entrée au programme, car le « bouche-à-oreille » fonctionne particulièrement bien avec cette jeune clientèle. Les modalités de collaboration entre le MSSS, le MESSF et l'association des CLSC-CHSLD du Québec ont aussi permis la mise en place d'une mesure exceptionnelle de soutien financier aux mineures enceintes. Un système de référence entre les CLSC et les CLE permet de subvenir aux besoins financiers des plus démunies.

En période prénatale, la cliente est orientée vers le programme lors d'un premier tri téléphonique sur la base des critères d'inclusion. Le mode de fonctionnement idéal présuppose que lors d'un premier contact avec la cliente, l'intervenante du CLSC complète la grille d'identification des besoins (*celle proposée dans le cadre du programme ou la grille particulière du CLSC*) et convient, par la suite, avec les membres de l'équipe interdisciplinaire du CLSC du choix de l'intervenante privilégiée et du plan d'intervention. Bien que des efforts soient faits pour harmoniser les pratiques, les modalités de fonctionnement varient d'une équipe de CLSC à l'autre.

Il arrive que la cliente soit suivie par le CLSC à partir de la période postnatale seulement. L'avis de naissance transmis par le centre hospitalier accoucheur aux CLSC et l'appel téléphonique suivant l'accouchement permettent aux intervenantes d'admettre les femmes ciblées dans les programmes des SIPPE. Très peu de femmes ont été envoyées par leur médecin. Certaines ont été dirigées vers le programme par les organismes communautaires.

L'accès aux services de soutien aux familles en difficultés revêt des formes différentes selon qu'il s'agit des ateliers de socialisation pour les 2 à 4 ans dans le territoire du CLSC-CHSLD du Marigot, du Projet 3-5 ans interculturel dans le territoire du CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau, des matinées Pépé dans le territoire du CLSC-CHSLD Sainte-Rose de Laval ou du programme de soutien à la compétence parentale Y'APP<sup>98</sup>. Les partenaires associés dans chacun de ces services ont établi des cibles spécifiques et déploient les moyens qu'ils ont jugé appropriés pour faire connaître leurs services. De manière générale, les familles procèdent par inscription. À notre connaissance, il n'y a pas de mécanismes d'accès particuliers pour chacun de ces services, à part le Projet 3-5 ans interculturel, conjoint avec le milieu scolaire, qui vise les enfants d'immigration récente et résidant dans le territoire du Ruisseau-Papineau.

## e) Le soutien social et le développement des communautés, l'action intersectorielle et la sécurité alimentaire

Par la mobilisation qu'il suppose, l'ensemble des activités de soutien social et de développement des communautés est ouvert à toute la population d'un territoire donné. De telles initiatives se déploient toutefois de façon plus marquée dans les quartiers sensibles.

Le transport à Laval demeure, à ce jour, un obstacle à **l'accès** aux activités de soutien social identifié par l'ensemble des partenaires. Des travaux régionaux sont en cours pour tenter de trouver des solutions satisfaisantes pour les familles.

#### f) Les services spécialisés ambulatoires en obstétrique et en pédiatrie

Les services spécialisés ambulatoires en obstétrique et en pédiatrie du CARL sont tous offerts sur référence. Dans la grande majorité des cas, des mécanismes et des outils de référence et de liaison viennent soutenir l'accès aux services appropriés. Ces mécanismes ont été prévus lors de la planification de chacune des mesures, dans le cadre de la PRSA.

Les services spécialisés ambulatoires périnataux sont dispensés en continuité directe avec l'accouchement, sur référence du centre hospitalier accoucheur et du médecin traitant selon des critères élaborés par l'équipe régionale en périnatalité. De façon générale, l'utilisation de fiches de liaison, de protocoles interétablissements et d'autres modalités permettent au suivi des clientes dans une suite logique.

C'est aussi sur référence du médecin traitant ou des services d'urgence du centre hospitalier que l'enfant a accès aux services pédiatriques ambulatoires du CARL.

De même, lorsqu'il y a orientation vers d'autres services ou une collaboration entre partenaires, les corridors de services ont habituellement été prévus. Par exemple, l'accès à la clinique sociojuridique (évaluation médicale d'enfants victimes d'abus ou de mauvais traitements) s'effectue par téléphone et une boîte vocale centralisée reçoit l'ensemble des appels qui sont analysés de façon quotidienne. Une

<sup>98.</sup> À ce jour, à Laval, ce sont ces services qui s'apparentent le plus, par leur cible (enfants et familles vulnérables ou en difficultés) et par leurs objectifs, aux services de soutien au développement de l'enfant. Dans le cadre de la consolidation des services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vulnérables, ils devraient être examinés selon les critères du cadre de référence du MSSS pour les services intégrés.

garde téléphonique est aussi assurée en soirée pour l'application de la trousse médico-légale en lien avec le CJL et l'urgence de l'Hôpital Cité de la Santé - CARL.

#### 3.2.6 L'intervention, le suivi et la continuité

## a) Le programme de retrait préventif des travailleuses enceintes « Pour une maternité sans danger »

Pour une maternité sans danger est un programme qui « permet à la travailleuse enceinte ou à celle qui allaite d'être affectée à des tâches ne présentant pas de danger pour elle-même ni pour le bébé à naître ou allaité, ou d'être retirée du travail si cette affectation n'est pas possible ». La décision de « réaffectation » ou de retrait préventif est prise à la suite d'une analyse de risques, dans un délai prescrit par le programme. Dans la région de Laval comme dans les autres régions du Québec, il est conjointement planifié et suivi par la direction régionale de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et la DSP de l'Agence de santé et de services sociaux de Laval dans le cadre de leur mandat régional en santé au travail. Ce mandat découle d'une entente entre le MSSS et la CSST. Le CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau a, pour sa part, la responsabilité régionale de son application.

#### b) L'éducation prénatale pour groupes ciblés

L'éducation périnatale de groupe offerte aux futurs parents varie entre six et dix ateliers en période prénatale et un atelier en période postnatale 100. Ces rencontres sont offertes aux clientèles vulnérables qui sont aussi suivies, pour la très grande majorité, de façon intensive et continue dans le cadre des activités de soutien nutritionnel ou des SIPPE. Le contact avec les futures mères favorise la détection de certains problèmes, le conseil et aussi, lorsque requis, l'orientation vers des ressources appropriées. Les intervenants des CLSC-CHSLD affirment que l'assiduité aux rencontres est difficile à maintenir et que, généralement, l'infirmière fait le suivi à la maison. Les activités de groupes ont été mises en place avant l'implantation des SIPPE grâce auxquels des visites à domicile aux deux semaines (en période prénatale) sont offertes aux familles ciblées. Il pourrait y avoir dédoublement entre le contenu des ateliers de groupe et le suivi individuel. Il y aurait lieu de tenir une réflexion sur cette pratique en tenant compte du nouveau contexte d'intervention.

#### c) PCNP - OLO

L'intervention nutritionnelle prévue au PCNP débute à la vingtième semaine de grossesse et elle prévoit le suivi nutritionnel et la distribution de suppléments alimentaires jusqu'à l'accouchement. Des suppléments alimentaires peuvent aussi être offerts en période postnatale pour mieux soutenir la femme qui allaite. Le *PCNP-OLO* peut aussi être utilisé pour les femmes rejointes par les services intégrés en périnatalité et petite enfance.

<sup>99.</sup> Programme national de santé publique 2003-2012, 2003, page 67.

<sup>100.</sup> CLSC de la région de Laval, Allons à l'essentiel, Programmation des services famille-enfance-jeunesse des CLSC de Laval, avril 2003, p. 3.

#### d) Les SIPPE (NÉGS, PSJP, Soutien au développement de l'enfant)

Le nouveau *Cadre de référence sur les SIPPE* réitère l'importance des interventions globales, intenses et précoces auprès des clientèles vulnérables. Des visites à domicile devraient être effectuées de la douzième semaine de grossesse jusqu'à ce que l'enfant fréquente l'école, selon un calendrier de visites qui balisent la fréquence de l'intervention. Une équipe interdisciplinaire est mise à contribution et une intervenante privilégiée est désignée pour chaque famille visitée. En soutien aux visites à domicile, se greffent le volet communautaire et le volet intersectoriel qui appellent à la mobilisation de plusieurs acteurs de la région engagés auprès des femmes et des familles.

L'accompagnement communautaire peut emprunter diverses formes, allant de l'orientation à l'accompagnement des personnes vers des ressources de la communauté, en passant par de la coordination des interventions et la signature d'ententes de service entre un CLSC et un organisme communautaire.

Par leurs composantes cliniques et organisationnelles, les programmes des services intégrés en périnatalité et petite enfance s'inscrivent à part entière dans les logiques de « guichet unique », de continuité des services (moins de fragmentation) et de coordination entre les niveaux de service.

En ce qui concerne les services de soutien aux familles en difficulté, trois CLSC ont développé des services répondant aux besoins particuliers de familles vulnérables de leur territoire s'associant aux partenaires liés au domaine d'intervention visé, soit le milieu scolaire, soit le milieu communautaire. Ainsi, les activités pour soutenir le développement de l'enfant de famille vulnérable sont de différents ordres. Pour les ateliers de socialisation du CLSC-CHSLD du Marigot et pour le projet 4 ans, des ajustements aux pratiques ont eu cours dans les derniers mois dans l'esprit des connaissances récentes sur les activités de soutien au développement des enfants. De tels exercices devraient se poursuivre afin de s'assurer:

- √ d'intégrer les critères de globalité, d'intensité et de continuité jugés efficaces (ou de s'en rapprocher);
- de rejoindre les populations pour lesquelles ces activités font une différence;
- ✓ et s'il y a lieu de faire les liens avec les cohortes et/ou les services intégrés en périnatalité et
  petite enfance.

Cela, pour les trois services que sont les ateliers de socialisation dans le territoire du CLSC-CHSLD du Marigot, le projet 4 ans dans le territoire du Ruisseau-Papineau et les matinées Pépé dans le territoire de Sainte-Rose de Laval.

Pour sa part, le *Programme de soutien aux compétences parentales* Y'APP est implanté dans tous les territoires de CLSC. Dans trois territoires de CLSC, il est le fruit de la collaboration entre organismes communautaires et CLSC. Ce programme d'éducation vise à transmettre aux parents des notions de base sur le développement et le comportement pendant les cinq premières années de l'enfance et à les aider à améliorer leurs compétences parentales. À ce jour, ce programme n'est pas offert d'office aux cohortes des services intégrés en périnatalité et petite enfance. Il est prévu au PAR de santé publique que cela soit fait dans le cadre de la consolidation de ces services.

## e) Le soutien social et le développement des communautés, l'action intersectorielle et la sécurité alimentaire

Sur tout le territoire de Laval, les acteurs concernés par les activités de soutien social et de développement des communautés que sont, entre autres, les activités issues du *PACE*<sup>101</sup>, l'action intersectorielle liée aux services intégrés en périnatalité et petite enfance, Initiative 1,2,3 Go! Laval-Marigot et les mesures de sécurité alimentaire se sont engagés dans des moyens de concertation importants pour s'assurer de faire les liens pertinents entre les diverses mesures qui visent toutes une même clientèle. À l'initiative de la DSP de l'Agence de santé et de services sociaux de Laval, ils se sont regroupés notamment au sein du Comité régional de pilotage pour les SIPPE et du Groupe de travail (*ponctuel*) sur l'accompagnement et l'adaptation des pratiques (*soutien au développement d'enfants vulnérables*) pour concrétiser la continuité et la cohérence recherchées. De même, avec l'Initiative 1,2,3 Go! Laval-Marigot dans le territoire du Marigot et la Table régionale des organismes communautaires « Famille » rattachée à la CDCL, les intervenants aiguisent leur réflexe du « réseautage » et des arrimages, dans le but d'éviter les dédoublements et de renforcer les mesures des uns et des autres.

Plus concrètement, au niveau local, chaque territoire définit avec les familles les besoins et les activités à développer. Des préoccupations concernant les places disponibles dans les CPE, le répit à offrir aux parents qui ont de jeunes enfants ou encore le développement de groupes de soutien sont identifiées. Des groupes de cuisines collectives spécifiques aux jeunes de 19 ans et moins ainsi que diverses activités pour les parents et les enfants ont été déployées au cours de l'automne 2003. Tous ces exemples témoignent de la création de liens concrets favorisant la continuité et le renforcement d'actions complémentaires.

#### f) Les services spécialisés ambulatoires en obstétrique et en pédiatrie

Bâtis sur le modèle médical, les services spécialisés ambulatoires en obstétrique et en pédiatrie comportent d'office l'évaluation/diagnostic, l'intervention et le suivi.

De plus, à Laval, ces services découlent principalement des mesures de la PRSA. Or, cette programmation prévoit, pour chaque mesure, des outils organisationnels d'évaluation, de références et de suivi, tels des formulaires de liaison, des trajectoires précises entre dispensateurs de services et corridors de services appropriés. Le CARL, ayant la responsabilité de la coordination régionale des processus cliniques découlant de ces mesures, s'est vu confier la coordination d'une équipe régionale en périnatalité. Cette équipe est composée de représentants du CARL, des CLSC-CHSLD de Laval, de l'Hôpital Cité de la Santé - CARL. L'Agence de santé et de services sociaux de Laval (DSP), dans le but principal de porter à la connaissance des membres les services déployés en périnatalité et petite enfance auprès des familles vulnérables et, le cas échéant, de faire les liens appropriés entre les deux types de mesures, a été associée à cette équipe. Plus récemment, l'équipe régionale a inclus à ses objets de travail, le suivi du Plan d'action régional en matière d'allaitement maternel. Cette équipe a pour mandat :

<sup>101.</sup> Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE), subventionné par Santé Canada

- ✓ de favoriser les liens interétablissements et de développer des liens avec les centres hospitaliers tertiaires et les autres centres hospitaliers généraux qui desservent une clientèle lavalloise;
- de soutenir l'expertise clinique régionale pour la femme enceinte, le nouveau-né et la nouvelle accouchée;
- √ d'agir comme plaque tournante entre les établissements et les médecins;
- ✓ de développer des nouvelles approches en périnatalité, lorsque requis.

Toutefois, en pratique ont empêché l'obtention du fonctionnement optimal des mécanismes de coordination prévus. Parmi ces facteurs, le rôle de coordination clinique régionale confié à **un** établissement, le rattachement confus de l'équipe régionale aux divers décideurs de l'organisation des services et la nature diversifiée des objets de travail (*mesures PRSA*, *dont certaines relèvent d'un dispensateur principal qui n'est pas le CARL*, *autres mesures que celles de la PRSA*, *etc.*).

Ces écueils sont connus, ils ont été documentés lors de bilans et d'évaluations de diverses provenances. Une évaluation est en cours à la PRSA afin d'apporter les solutions à une meilleure coordination lors de l'implantation des mesures. De plus, le développement de (un) réseau(x) locaux (al) de services de santé et de services sociaux pour la région de Laval sera certainement déterminant sur l'organisation de services entre la Cité de la Santé - CARL, les CLSC et les médecins en pratique privée, dont ceux en périnatalité et en obstétrique.

#### 3.2.7 La qualité et l'évolution des pratiques et des milieux

# a) Le programme de retrait préventif des travailleuses enceintes « Pour une maternité sans danger »

Ce programme fait l'objet d'un suivi administratif et, dans le PAR, un délai d'analyse adéquat est visé pour 100 % des demandeuses. Nous n'avons pas d'autres indications d'enjeux au regard de la qualité et de l'évolution des pratiques concernant ce programme normé.

#### b) L'éducation prénatale pour groupes ciblés

Bien qu'il y ait cette volonté d'harmoniser les services, notamment pour le volet « toutes clientèles », les rencontres prénatales pour les clientèles vulnérables ne semblent pas être offertes selon un cadre de référence bien précis. Le nombre de rencontres diffère d'un établissement à l'autre et les critères d'admissibilité sont peu connus. Par contre, la venue des services individuels spécifiques à une clientèle vulnérable devrait permettre le renouvellement des rencontres prénatales pour groupes ciblés. Ce renouvellement devrait être réalisé dans l'esprit du cadre de référence sur les SIPPE et en tenant compte du contexte d'intervention développé à Laval auprès de ces familles.

#### c) PCNP - OLO

L'approche privilégiée par les CLSC pour le suivi nutritionnel dans le cadre de *PCNP-OLO* est basée sur celle du dispensaire diététique de Montréal. Les nutritionnistes utilisent la méthode Hagins et celleci devrait permettre le suivi approprié répondant aux besoins de la femme enceinte. Selon les rapports

soumis par les CLSC-CHSLD de Laval à Santé Canada, les nutritionnistes et les infirmières sont les intervenantes de choix pour ce programme.

#### d) Les SIPPE (NÉGS, PSJP, Soutien au développement de l'enfant)

Beaucoup d'avancées ont été faites dans le domaine de la périnatalité et de la petite enfance en lien avec le déterminant pauvreté, notamment concernant les interventions jugées efficaces. Des moyens exceptionnels de soutien aux nouvelles pratiques qui en découlent ont été rendus disponibles dans toutes les régions du Québec par le MSSS. Parmi ceux-ci, l'élaboration et la conception des programmes NÉGS et PSJP, des guides et des outils de pratique, la diffusion et l'application des nouvelles connaissances et du financement. Récemment, des pas de plus ont été franchis par la production du *Cadre de référence sur SIPPE* et le guide d'intervention « L'attachement au cœur du développement de l'enfant ». Les intervenants des équipes 0 à 5 ans des quatre CLSC-CHSLD de Laval ont participé à la validation de celui-ci et les activités proposées seront dispensées par toutes les intervenantes privilégiées au cours de la prochaine année.

Ces nouvelles orientations ont aussi fait l'objet de travaux au sein du Groupe de travail ad hoc sur l'accompagnement et l'adaptation des pratiques (soutien au développement d'enfants vulnérables), soutenu par la DSP. Des recommandations ont été produites, visant à favoriser un continuum d'activités de soutien au développement des enfants les plus vulnérables ayant de 0 à 5 ans. Ces travaux doivent aussi être vus comme le prolongement du PNSP prévoyant le déploiement d'activités spécifiques pour soutenir le développement des enfants de 2 à 5 ans, dans les CPE et autres milieux de garde, à la maison et dans la communauté. Le PAR et les PAL comprennent ces activités de consolidation de l'offre de service pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité.

Les directions régionales de santé publique jouent un rôle important en matière de soutien et d'accompagnement auprès des équipes et des partenaires de la communauté. À Laval, sous l'égide de la DSP, le comité régional de pilotage regroupant des représentants des CLSC, du CJL, des organismes communautaires famille et du milieu scolaire prépare, chaque année, un plan d'action qui précise les activités à privilégier pour mieux consolider l'implantation de ce programme. Un programme de formation, offert annuellement par la DSP à l'ensemble des intervenants travaillant auprès de la clientèle visée permet de mieux soutenir les pratiques. Des regroupements intersectoriels locaux existent maintenant dans chaque territoire de CLSC et ils sont animés par les organisatrices communautaires des équipes FEJ des CLSC. L'action intersectorielle régionale qui vise à supporter l'ensemble des milieux est soutenue par la DSP.

Les changements de pratique requis pour mettre en application toutes les composantes des programmes sont soutenus tant par la DSP que par l'équipe interdisciplinaire 0 à 4 ans de chaque CLSC. L'intervenante privilégiée est un acteur important dans le suivi des familles et elle a besoin du soutien et de l'expertise des autres membres de l'équipe pour jouer pleinement son rôle auprès des femmes et des familles. Certaines équipes de CLSC ont mis en place d'autres mesures de soutien clinique pour les intervenantes sur une base discrétionnaire.

Les partenaires aux services de soutien aux familles en difficultés, dont les ateliers de socialisation 2 à 4 ans du territoire du Marigot et le Projet 3-5 ans interculturel (*conjoint avec la CSDL*) dans le territoire

du CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau, se sont engagés dans des exercices de consolidation afin de renforcer leur pratique. La Direction régionale de santé publique a accompagné ces exercices, toujours en faisant la promotion des principes guidant les activités de soutien au développement de l'enfant.

Le Projet 3-5 ans interculturel déployé à la suite de cette consolidation pourrait avoir un impact sur les pratiques puisqu'il pourrait être étendu à d'autres territoires de CLSC.

# e) Le soutien social et le développement des communautés, l'action intersectorielle et la sécurité alimentaire

Les activités de soutien social et de développement des communautés, l'action intersectorielle, dont celle liée aux réseaux intégrés en périnatalité et petite enfance, Initiative 1,2,3 Go! Laval-Marigot et les mesures de sécurité alimentaire procèdent toutes d'approches relativement nouvelles. De même, elles favorisent toutes l'innovation, la multiplication des collaborations intersectorielles et, dans certains cas, suscitent de nouveaux rapports entre les acteurs des services et la population desservie.

Ces nouvelles approches requièrent entre autres, du temps et des efforts supplémentaires pour favoriser le travail en réseau sans dédoublement, tout en maintenant la mission première des organismes impliqués et pour apporter des adaptations. Les activités de l'Initiative 1,2,3 Go! Laval-Marigot, par exemple, qui visent à mettre en commun les ressources, tant celles de la communauté d'affaires que celles des organismes communautaires et des familles, demandent des efforts considérables et un soutien continu. Les mesures de sécurité alimentaire ont, pour leur part, modifié les approches traditionnelles en matière d'aide alimentaire. Ces mesures doivent favoriser le renforcement du potentiel des personnes et réduire, à long terme, le recours aux services de dépannage et de banque alimentaire. Entre-temps et de manière concomitante, il est important de maintenir des services de dépannage de base et des dépannages ponctuels tels les soupes populaires, les repas à moindre coût, et les dépannages très ponctuels.

Ainsi, plusieurs travaux d'expert se réalisent concernant ces nouvelles approches et des temps d'apprivoisement et de compréhension sont rendus nécessaires de même que des périodes de transition. Spécifiquement pour l'Initiative 1,2,3 Go! Laval-Marigot, Centraide exerce un « monitorage » important des initiatives par des devis d'évaluation rigoureux. Pour les mesures de sécurité alimentaire, un cadre de référence national a été élaboré et il est en vigueur dans les régions du Québec, depuis juin 2002.

#### f) Les services spécialisés ambulatoires en obstétrique et en pédiatrie

Le développement des services spécialisés ambulatoires en obstétrique et en pédiatrie dans le cadre de la PRSA s'inscrit de plain-pied dans les approches novatrices de prestation de services intégrés. Dans ce cadre, plusieurs changements reliés les uns aux autres sont visés simultanément, soit :

- ✓ la diminution moyenne du séjour hospitalier;
- √ l'approche ambulatoire;
- ✓ une meilleure rétention de la clientèle lavallloise:
- ✓ l'adoption de nouvelles pratiques de soins mère-enfant.

Les activités fondamentales et interdépendantes au regard des processus cliniques, organisationnels et administratifs systématisés entre dispensateurs d'un continuum de services qu'exigent de tels changements ont été déployées. À l'aide du Bilan de la première année d'implantation puis d'autres évaluations successives, dont une menée par la PRSA qui a cours présentement, l'Agence de santé et de services sociaux de Laval veut permettre un processus continu d'adaptation. Ce processus est jugé essentiel pour les expérimentations de modèle de services intégrés.

#### 3.2.8 Les éléments de force de la région de Laval

Comme nous venons de le voir, il ressort que l'offre de service à caractère sélectif pour les enfants de 0 à 4 ans et leur famille, du moins au sein des CLSC, s'est développée sur la base de réorientations significatives. Les découvertes scientifiques sur la précocité des compétences des enfants et les certitudes quant au rôle déterminant que joue la pauvreté des familles des jeunes enfants dans l'inégalité des chances de réussite sur le plan scolaire, social, économique et de la santé sont venues transformer les approches et les cibles de l'intervention en petite enfance. La région de Laval s'est investie dans ces approches et elle peut s'appuyer sur plusieurs acquis pour poursuivre son engagement dans ces nouvelles voies, soit :

- L'application du Cadre de référence sur les SIPPE par les quatre CLSC, le soutien à son déploiement par des allocations récurrentes, de la formation 102 et de l'accompagnement de la part de la DSP et des gestionnaires de chacun des CLSC pour une organisation du travail adaptée à ce changement de pratique.
- Le travail en interdisciplinarité au CSSS de Laval dans le cadre des SIPPE.
- ✓ La démarche du groupe de travail sur l'accompagnement et l'adaptation des pratiques dans le but de mettre en perspective l'ensemble des pratiques de soutien éducatif en petite enfance et les orientations nationales. La concertation et la collaboration des organismes communautaires et des CLSC au sein de ce groupe de travail et leurs recommandations pour un continuum d'activités de soutien au développement d'enfants de 0 à 5 ans vivant en contexte de vulnérabilité.
- Une démarche continue d'harmonisation des services entre les quatre CLSC du territoire.
- ✓ De façon générale, la collaboration étroite et les initiatives conjointes entre les organismes communautaires « famille » et les CLSC.
- Les concertations locales et régionales des acteurs en petite enfance, dont le Comité régional de pilotage pour les services intégrés, les tables locales intersectorielles 0 à 5 ans en petite enfance (Marigot, Mille-Îles, Sainte-Rose), la Table de concertation « famille » (Ruisseau-Papineau), le Groupe-conseil au Projet 3-5 ans interculturel.
- ✓ L'enracinement des organismes communautaires « famille dans les milieux lavallois ».

<sup>102.</sup> Formation, elle-même soutenue par le programme de formation du MSSS.

- ✓ La concentration du territoire lavallois facilite le regroupement des décideurs et des acteurs des services sélectifs aux enfants de 0 à 4 ans de tous horizons. Le cas échéant, multiplier les échanges autour des meilleures pratiques cliniques et établir des collaborations spontanées.
- ✓ L'embauche récente d'une agente de liaison CSSS de Laval-CPE.
- ✓ Le projet d'un protocole de collaboration CSSS de Laval-CPE.

#### 3.2.9 Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services

Les services sélectifs pour les enfants de 0 à 4 ans ont évolué ces dernières années sous le sceau de la cohérence, et leur organisation tend vers un véritable continuum de services de soutien au développement des enfants de 0 à 5 ans et à leur famille vivant en contexte de vulnérabilité. Des documents de référence et une mobilisation nationale et régionale autour de ceux-ci ont soutenu leur ancrage dans les pratiques. Il s'agit, notamment :

- ✓ Du Cadre de référence sur les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vulnérables (MSSS, 2004).
- ✓ Des Recommandations pour un continuum d'activités de soutien au développement d'enfants de 0 à 5 ans vivant en contexte de vulnérabilité. Groupe de travail « Accompagnement et adaptation des pratiques ». Rapport préliminaire mai 2004.
- ✓ De *L'attachement au cœur du développement de l'enfant.* Guide pour soutenir le développement de l'attachement parent-enfant de la grossesse à deux ans. (*MSSS*, en document de travail).
- ✓ Du Guide d'application du cadre normatif pour les services spécifiques en périnatalité. Ce guide est essentiellement un outil de reddition de compte et de suivi du MSSS, mais il vise aussi une harmonisation des SIPPE et du programme OLO entre les régions du Québec. Le cas échéant, cet outil pourrait orienter vers des ajustements à la pratique de périnatalité en développement dans un contexte de vulnérabilité.
- ✓ Du protocole type CSLC-CPE suggéré par les deux ministères concernés et les associations professionnelles des deux réseaux de services.
- ✓ Du Programme national de santé publique 2003-2012 du MSSS (2003) et du Plan d'action régional de santé publique Région de Laval 2004-2007 (2004).
- ✓ De la politique de périnatalité du Gouvernement du Québec (en document de travail, adoption prévue à l'automne 2005).
- ✓ De *L'allaitement maternel au Québec, Lignes directrices* (MSSS, 2001) et du Plan d'action régional en allaitement maternel à Laval (juin 2003).
- ✓ Du PIQ (mis à jour périodiquement).

✓ Du Guide d'intervention en *Prévention et contrôle des infections dans le centres de la petite enfance.* (2002 - mis à jour périodiquement). Ce guide d'intervention en matière de contrôle et de prévention de maladies infectieuses est approprié à l'usage des professionnels de l'ensemble des partenaires, notamment ceux des CLSC.

#### 3.2.10 Des enjeux en matière d'intégration des services

Comme on l'a vu dans cette trajectoire, le fil conducteur de l'organisation d'un continuum de services est de cibler les familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ce défi demeure important. Voici quelques enjeux toujours actuels.

#### a) Concernant la disponibilité de l'offre de service

- ✓ Activer le volet de l'intégration des enfants en milieu socialisant. Identifier la disponibilité des places appropriées aux réalités des familles et orienter les familles suivies.
- ✓ En concordance avec le cadre de référence des SIPPE, s'assurer de disposer des moyens pour assurer le suivi des enfants de 5 ans<sup>103</sup> déjà intégrés dans ces services.

#### b) Concernant l'accès

- ✓ S'assurer de rejoindre les familles vulnérables et, parmi celles-ci, les familles des communautés culturelles. En ce sens, atteindre les objectifs fixés dans le cadre des SIPPE et continuer d'exercer un suivi serré de l'atteinte de ces objectifs afin d'apporter des solutions aux difficultés rencontrées au fur et à mesure.
- Explorer, avec tous les acteurs concernés, les meilleurs moyens (ex.: dans le cadre des projets Réseau, GMF, etc.) pour favoriser les références des médecins en pratique privée vers les SIPPE aux étapes de la grossesse et de la petite enfance, et les mettre en œuvre.
- Favoriser l'intégration des enfants suivis par les SIPPE en milieu socialisant tout en continuant un suivi du CLSC jusqu'à l'entrée à l'école comme recommandé au cadre de référence. À cet effet, favoriser la signature de protocole entre les CPE et le CSSS de Laval et fortifier la partie du rôle de l'agente de liaison CSSS de Laval-CPE consacrée à cet aspect.
- ✓ Fortifier l'action intersectorielle locale, entre autres, par des plans d'action concertés visant les familles vulnérables.
- ✓ Renforcer les activités de soutien à l'exercice du rôle parental.

<sup>103.</sup> Pour le moment, le financement des SIPPE ne permet pas d'assurer le suivi à l'âge de 5 ans.

#### c) Concernant la continuité et le suivi

- Dans la perspective d'un continuum de services ciblant les familles vivant en contexte de vulnérabilité, faire des liens entre les activités des services sélectifs et universels pour les 0 à 5 ans et leur famille, notamment l'activité OLO, l'éducation prénatale pour groupes vulnérables, la consultation postnatale, la promotion et le soutien à l'allaitement, le soutien éducatif précoce, les mesures liées à la sécurité des enfants, le soutien à l'engagement paternel, les programmes de soutien à l'exercice du rôle parental Parent de tout-petit...QUEL DÉFI! et Y'APP. Apporter des ajustements aux différentes composantes, au besoin.
- Mieux lier les services universels et sélectifs pour les enfants de 0 à 5 ans et leur famille. Entre autres, ajuster l'offre de service universels et sélectifs des enfants ayant de 0 à 5 ans en fonction de la priorité absolue du MSSS pour les familles vulnérables.
- ✓ Entreprendre une démarche régionale d'appropriation du protocole CSSS de Laval-CPE et l'implanter.
- ✓ Porter une attention particulière aux réalités linguistiques et culturelles et apporter les adaptations nécessaires.
- ✓ Mieux coordonner les services intra-CSSS de Laval (CARL CSSS de Laval).

# Trajectoire 3

# LES SERVICES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION POUR LES JEUNES DE 5 À 17 ANS

SERVICES	PRESTATAIRES	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION  ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
ACTIVITÉS DE PROMOTION DE		
LA SANTÉ À PARTIR DE L'ÉCOLE  - 18 écoles en santé (dont 1 au secondaire)  - Activités touchant les habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires	<ul> <li>CLSC</li> <li>Écoles</li> <li>CSDL</li> <li>OC</li> <li>Ville de Laval</li> <li>Associations éducatives</li> </ul>	<ul> <li>Soutien de la DSP</li> <li>Soutien de la CSDL</li> <li>Travail conjoint des deux réseaux institutionnels</li> <li>Plan d'action régional de santé publique</li> <li>Plan d'action de lutte au tabagisme</li> <li>Programme Au-delà de la drogue (<i>en révision</i>)</li> <li>Outils Kino-Québec</li> </ul>
<ul> <li>Activités diverses : estime de soi, gestion de conflit, habiletés sociales, conseils de coopération, prévention de la violence, transport actif et sécuritaire, aide aux devoirs, etc.</li> </ul>		<ul> <li>Choix de programmes d'estime de soi, sur les compétences sociales, au regard de la violence, etc.</li> <li>Comité Agence-FEJ</li> </ul>
SERVICES PRÉVENTIFS À PARTIR DE L'ÉCOLE POUR LES NIVEAUX PRÉSCOLAIRE, PRIMAIRE ET SECONDAIRE - Vaccination en milieu scolaire :	- CLSC en collaboration avec l'école	<ul> <li>Programme national de santé publique</li> <li>Plan d'action régional de santé publique</li> <li>Comité Agence-FEJ</li> </ul>
<ul> <li>vérification des carnets de vaccination, promotion et mise à jour; vacc. en 4º année et en 4º secondaire;</li> </ul>		- PIQ
<ul> <li>protocole-contrôle des maladies infectieuses et pédiculose pour 100 % des écoles;</li> <li>services cliniques préventifs et soutien à la gestion des maladies chroniques (ex : asthme, allergie, etc.);</li> </ul>	- CLSC	- Élaboration et application de protocole et de guide
<ul> <li>hygiène dentaire au niveau primaire;</li> </ul>	- CLSC	- Plan d'action de santé dentaire publique
<ul> <li>Fluppy au niveau préscolaire;</li> <li>consultation en matière de sexualité à l'école et au CLSC;</li> </ul>	- CLSC et enseignants	- Programme Fluppy du CPÉQ
<ul> <li>prévention du suicide : postvention et soutien des endeuillés (enfants et adolescents).</li> </ul>	- Postvention : CLSC, école - Soutien : CLSC	<ul> <li>Soutien et formation auprès des enseignants</li> <li>Équipe régionale de postvention (CLSC, écoles, etc.)</li> </ul>

# Trajectoire 3 (suite)



SERVICES	PRESTATAIRES	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
ACTIVITÉS DE SOUTIEN À L'EXERCICE DU RÔLE PARENTAL		
- PEDAP	- CLSC	- Programmes choisis par la région
- Parents d'ado une traversée	- CLSC, CJL, OC	- Soutien DSP, groupe de travail régional
<ul> <li>Ateliers d'information et de discussion ponctuels, participation aux activités des jeunes</li> </ul>	- Écoles - OC	- Comité Agence-FEJ
ACTIVITÉS DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION DANS LA COMMUNAUTÉ  - « Panier scolaire »  - Activité « boîte à lunch »  - Ateliers thématiques d'échange et de discussions  - Aide aux devoirs  - Animation, sensibilisation pour jeunes à risque et décrocheurs  - Actions de promotion et de réduction de la violence  - Activités de développement des communautés  - etc.	<ul><li>Ville de Laval</li><li>Associations éducatives</li><li>ÇLSC</li></ul>	<ul> <li>Table de concertation des organismes communautaires jeunesse de Laval (TCOCJL)</li> <li>Comité régional « violence et jeunes » (CRVJ)</li> <li>Tables de concertation jeunesse (3)</li> <li>Table de concertation Famille (Ruisseau-Papineau)</li> <li>Projets conjoints entre plusieurs partenaires</li> </ul>

STRATÉGIES TRANSVERSALES (EXEMPLES)	ACTEURS	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
DÉVELOPPER L'ESTIME DE SOI ET LES COMPÉTENCES PERSONNELLES ET SOCIALES DES JEUNES Conseil de coopération, pédagogie par projets, apprentissage coopératif, médiation par les pairs, Fluppy		Programme national de santé publique Plan d'action régional de santé publique Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation
RÈGLES, NORMES ET POLITIQUES Environnement favorisant le non-usage du tabac, favoriser les déplacements actifs, environnement alimentaire sain, etc.	- CSSS de Laval / écoles - OC - Ville, CSDL	Pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires

...(suite)

(suite)		
STRATÉGIES TRANSVERSALES (EXEMPLES)	ACTEURS	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
SOUTENIR LES HABILETÉS PARENTALES Activités d'accompagnement scolaire, OPP, Conseil d'établissement, implication bénévole, participation aux activités des enfants, aide et soutien à l'école, mobilisation autour de projets, ateliers de soutien à l'exercice du rôle parental, etc.	<ul><li>CSSS de Laval/écoles</li><li>OC</li><li>Ville, CSDL, etc.</li></ul>	<ul> <li>Les facteurs clés : définitions et effets sur la réussite éducative, la santé et le bien-être. Recommandations pour l'intervention</li> <li>Groupe de travail régional, composé de représentants des deux réseaux de service, pour planifier l'offre de services conjointe de promotion et de prévention</li> </ul>
SOUTENIR LES LIENS ÉCOLE-FAMILLE-COMMUNAUTÉ  DISPENSER DES SERVICES PRÉVENTIFS  Vaccination, « cliniques jeunesse », programme de sentinelles, services éducatifs complémentaires	CSSS de Laval/ écoles     OC     Ville, CSDL, autres partenaires	<ul> <li>RSI-Jeunes de Laval</li> <li>Comité Agence-FEJ, rôle d'agent de promotion de la santé au CSSS de Laval</li> <li>Situations d'apprentissage élaborées conjointement santé/éducation</li> <li>Soutien et accompagnement de la DSP, de la CSDL et soutien conjoint</li> <li>Projet pilote en dépendances selon l'approche ÉES au 1er cycle du secondaire</li> <li>Soutien et accompagnement de l'INSPQ dans des écoles de Laval</li> </ul>

#### **TRAJECTOIRE 3**

# 3.3 Les services de promotion de la santé et de prévention pour les jeunes de 5 à 17 ans

Le portrait de cette trajectoire correspond à l'offre de services de promotion et de prévention déployée actuellement auprès des jeunes Lavallois de 5 à 17 ans et reflète l'exercice de sa révision en profondeur. Une trajectoire de services se dessine du fait que les actions de promotion et de prévention sont planifiées et posées en fonction des stades de développement des enfants et des jeunes associés à leur âge et à leur niveau de scolarité, et en tenant compte de leur vulnérabilité.

La révision dont fait l'objet l'offre actuelle découle de l'approche École en santé (ÉES) et vise une offre de services globale et concertée à partir de l'école, élaborée conjointement par le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau scolaire. Cette planification conjointe de l'offre de services de promotion et de prévention à partir de l'école (ÉES) est une des mesures du *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007* et de l'*Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation.* Cet exercice de révision et de planification fait aussi partie des attentes administratives du MSSS à l'égard de l'Agence de santé et des services sociaux de Laval.

#### 3.3.1 Quelques données

L'étape de vie que constitue la période de développement entre l'enfance et l'âge adulte présente plusieurs défis pour les jeunes et leurs parents. Faire face à ces défis et aux difficultés inhérentes à cette période de l'existence requiert la maîtrise d'habiletés essentielles et le développement de compétences personnelles et sociales<sup>104</sup>. De plus, le développement de l'enfant et de l'adolescent détermine la santé à l'âge adulte et sa réussite sociale, qui découle directement de sa réussite scolaire. L'école partage toutes ces préoccupations et l'intervention de promotion-prévention doit s'inscrire au cœur du projet éducatif et du plan de réussite. C'est pourquoi **tous** les jeunes sont visés par des activités de promotion de la santé et du bien-être qui se déroulent principalement en milieu scolaire.

En 2005, il y a 58 900 jeunes Lavallois de 5 à 17 ans répartis selon les groupes d'âge suivants :

```
✓ 5 à 11 ans : 51 % (30 217);
✓ 12 à 17 ans : 49 % (28 692).
```

Les filles représentent 49 %, les garçons, 51 % de ces jeunes.

La très grande majorité d'entre eux fréquentent l'école. Ils en ont l'obligation de l'âge de 6 à 16 ans et aussi le droit à partir de 4 ou 5 ans et jusqu'à 18 ou 21 ans (dans le cas d'une personne handicapée). Ils y passent une bonne partie de 12 années de vie qui comprennent des étapes de transitions cruciales. Ce qui fait de l'école un de leurs milieux de vie les plus significatifs.

<sup>104.</sup> Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Direction de la santé publique, *Plan d'action régional de santé publique – Région de Laval – 2004-2007*, Laval, 2004, page 35.

Soixante dix-huit pour cent (78 %) des jeunes Lavallois de 5 à 17 ans fréquentent les écoles publiques de Laval. Le TABLEAU 20 présente leur répartition par niveau d'enseignement et par commission scolaire.

TABLEAU 20 Nombre d'écoles et distribution du nombre d'élèves Lavallois selon le niveau scolaire et la CSDL, Laval 2004-2005

	Primaire	Secondaire
CSDL (2004-2005)	59 écoles 23 175 élèves	16 écoles 15 770 élèves
CSSWL	10 écoles 4 213 élèves	4 écoles 2 658 élèves
Total: 89 écoles publiques; 45 815 élèves	69 écoles 27 388 élèves	20 écoles 18 426 élèves

Sources: CSDL et CSSWL, Données sur la clientèle scolaire 2004-2005.

Rappelons quelques problèmes de santé ou problèmes psychosociaux d'une certaine ampleur et d'une certaine gravité répertoriés au début du portrait et pour lesquels l'action de promotion par rapport aux facteurs clés du développement ou l'action de prévention visant certains jeunes à risque peuvent faire une différence sur la santé, le bien-être et la réussite scolaire des jeunes.

#### a) Les habitudes de vie

- ✓ 28 % des jeunes Lavallois de 12 ans et plus fument (29,5 % au Québec) 105.
- ✓ « Au Québec, en 1998, 57 % des filles et 51 % des garçons âgés de 15 à 19 ans, soit un peu plus d'un adolescent sur deux, ne consacraient pas, chaque semaine, le nombre d'heures d'activités physiques recommandé par les spécialistes :
  - les jeunes d'aujourd'hui sont 40 % moins actifs que les jeunes d'il y a trente ans,
  - en trois décennies, l'éloignement des zones résidentielles des écoles a contribué à faire passer de 80 % à 9 % le nombre d'enfants canadiens qui se rendent à l'école à pied<sup>106</sup> ».
- √ « Au Québec, une étude auprès des jeunes de 9, 13 et 16 ans, menée en 1999 a identifié que :
  - 15 % des jeunes de chaque catégorie d'âge ont un surplus de poids;
  - 11 % à 13 % des jeunes présentaient un embonpoint;
  - 3 à 4 % souffraient d'obésité<sup>107</sup> ».

« Les causes importantes de maladie et de mortalité que sont le tabagisme, l'excès de poids et le manque d'exercice physique restent à un niveau élevé au Québec et, à moins de progrès substantiels, en particulier chez les jeunes, on peut prévoir des conséquences néfastes sur la santé des générations futures 108 ».

<sup>105.</sup> Agence de santé et de services sociaux de Laval, Direction de la santé publique, *Le tabagisme, les jeunes et la santé : faits saillants,* mise à jour octobre 2003.

<sup>106.</sup> Pour une population plus active, L'école, un milieu stimulant, Dépliant à partir de Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec, Avis du comité scientifique de Kino-Québec, Gouvernement du Québec, 2004.

<sup>107.</sup> Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 14, p. 311-344.

<sup>108.</sup> INSPQ, Le portrait de santé, Le Québec et ses régions, page 30.

Notons aussi que l'insatisfaction à l'égard du poids et de l'image corporelle représente un problème préoccupant chez les enfants et les adolescents. En effet, malgré le fait que 80 % des jeunes ont un poids normal, 45 % des enfants et 60 % des adolescents sont insatisfaits de leur image corporelle; les pratiques de contrôle de poids, telles que sauter des repas, jeûner toute une journée et commencer ou recommencer à fumer, semblent très clairement installées chez plusieurs d'entre eux<sup>109</sup>. Si bien que 30 % des enfants de neuf ans font des efforts pour perdre du poids, alors que le tiers des adolescents de 13 et 16 ans cherchent à contrôler leur poids<sup>110</sup>. Ces difficultés peuvent conduire à des troubles alimentaires comme l'anorexie et la boulimie<sup>111</sup>.

La consommation d'alcool et de drogues doit aussi préoccuper pour trois raisons :

- √ elle est en augmentation;
- √ elle est banalisée;
- ✓ l'expérimentation en est de plus en plus précoce (âge moyen : moins de 13 ans).

La participation aux jeux de hasard et d'argent partage les mêmes caractéristiques. Il s'agit d'une problématique en émergence, puisque les jeunes de nos écoles sont les premières générations à être exposées à une offre de jeux intense, dans un contexte social qui les banalise<sup>112</sup>.

De plus, 6 % des jeunes du secondaire ont une consommation problématique de drogues et d'alcool, c'est-à-dire que le jeune s'adonne à au moins cinq consommations en une seule occasion, cinq fois ou plus en 12 mois.

#### b) La santé sexuelle des adolescents

Les ITS affectent surtout les adolescentes et les jeunes femmes adultes de 15 à 24 ans. Chez les femmes, ces infections peuvent engendrer des dommages irréversibles, entre autres, sur le système reproducteur et sur la santé des nouveau-nés<sup>113</sup>. L'infection la plus fréquente est la chlamydiose génitale. Cette infection est en augmentation depuis 1996, autant à Laval qu'au Québec.

En 2003, il y a eu 150 cas de chlamydiose génitale déclarés chez les jeunes Lavalloises de 15 à 19 ans, dont plus de la moitié (81) chez les jeunes de 15 à 17 ans. Autre situation préoccupante, plusieurs cas d'infections gonococciques génito-urinaires ont été déclarés en 2003 chez des jeunes Lavalloises de 15 à 17 ans, alors que seulement un cas avait été déclaré dans ce groupe d'âge au cours des cinq dernières années.

Outre la protection lors de relations sexuelles, la contraception demeure une problématique majeure à l'adolescence. Entre 47 % et 69 % des jeunes de 16 ans sont actifs sexuellement. Cinquante pour cent (50 %) d'entre eux ont eu deux partenaires ou plus tandis que 26 % seulement utilisent pilule et condom. De plus, on compte, chez les jeunes québécoises, près de trois IVG pour chaque naissance.

<sup>109.</sup> MSSS, Programme national de santé publique 2003-2012, page 37.

<sup>110.</sup> Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 14, p. 311-344.

<sup>111.</sup> MSSS, *Programme national de santé publique 2003-2012*, page 37.

<sup>112.</sup> Comité national d'orientation École en santé, Pour la réussité éducative et le bien-être des jeunes, Les facteurs clés : définitions et effets sur la réussite éducative, la santé et le bien-être, Recommandations pour l'intervention, Document de travail, mars 2005, page 14.

<sup>113.</sup> *Idem*, page 53.

Par ailleurs, les conséquences d'une grossesse précoce menée à terme sont nombreuses et elles peuvent être d'ordre psychologique ou social. Elles représentent notamment un risque important de décrochage scolaire et de dépendance à l'aide sociale<sup>114</sup>.

L'éducation à la sexualité et une organisation de services de santé et de services scolaires adaptés demeurent un défi dans le contexte social actuel.

« Ainsi, on dira qu'un jeune adolescent s'épanouira comme être sexué s'il peut être bien dans sa peau, capable de prendre en charge sa santé sexuelle, en mesure de s'affirmer et de gérer la pression des autres de même que devenir responsable de ses gestes sexuels, autonome par rapport à ceux-ci et capable de s'engager et de respecter l'égalité des sexes<sup>115</sup> ».

#### c) Les difficultés d'adaptation et de développement

Dix à quinze pour cent ( $10 \ a$  15 %) des enfants auront des difficultés d'adaptation au cours de leur vie  $^{116}$ . Si on applique ces données à la région de Laval (2005), il s'agit d'un potentiel de 5 900 à 8 800 enfants de 5 à 17 ans. Quinze à vingt pour cent ( $15 \ a$  20 %) auront des problèmes de santé mentale, de faible intensité à grave. Il est possible de les prévenir et de contribuer à leur réduction.

#### d) La pauvreté

Dix-sept pour cent (17%) des jeunes Lavallois de 5 à 17 ans vivent sous le seuil de faible revenu. La pauvreté des familles, assortie d'un ensemble de facteurs de risque, est susceptible de menacer la santé et le bien-être des jeunes. En effet, la monoparentalité, le faible niveau de scolarisation des parents, l'appartenance à une communauté culturelle et l'isolement social sont autant d'éléments qui, conjugués à un manque de ressources financières, peuvent affecter la capacité du jeune à s'adapter à la vie, que ce soit dans sa famille, à l'école ou avec ses amis<sup>117</sup>.

#### 3.3.2 Description

De nombreuses activités de promotion de la santé et de prévention sont dispensées auprès des jeunes de 5 à 17 ans et leur famille. Plusieurs acteurs offrent de telles activités, soit :

- ✓ le réseau de la santé et des services sociaux;
- √ le réseau scolaire;
- √ les organismes communautaires et des associations sociales et/ou éducatives;
- la municipalité, dont les policiers communautaires et les bureaux municipaux de loisirs.

<sup>114.</sup> INSPQ, Le portrait de santé, le Québec et ses régions, page 25.

<sup>115.</sup> Comité national d'orientation École en santé, Pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes, Les facteurs clés : définitions et effets sur la réussite éducative, la santé et le bien-être, Recommandations pour l'intervention, Document de travail, mars 2005, page 24.

<sup>116.</sup> MSSS, Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille, page 13.

<sup>117.</sup> Comité national d'orientation École en santé, Pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes, Les facteurs clés : définitions et effets sur la réussite éducative, la santé et le bien-être, Recommandations pour l'intervention, Document de travail, mars 2005, page 32.

Les activités de promotion et les services préventifs auprès des jeunes de 5 à 17 ans du réseau de la santé et des services sociaux se déploient majoritairement dans le milieu scolaire, par des intervenants du CSSS et des intervenants scolaires (*psychologues*, *psycho-éducateurs*, *animateur* à la vie scolaire et à l'engagement communautaire (AVSEC), enseignants, etc.).

L'école déploie ces activités de promotion et de prévention de multiples façons. Elle les inscrit dans son curriculum scolaire à l'intérieur des domaines d'apprentissage (ex. : programme d'enseignement moral et religieux, programme de formation personnelle et sociale, jusqu'à tout récemment) et dans le cadre de vie plus général de l'école, notamment dans les services éducatifs complémentaires (dont le programme services de promotion-prévention et de services de vie scolaire). Elle en fait des activités parascolaires, procède par activité régulière ou ponctuelle (conférence, événement, semaine thématique), par programme, par projet, etc. Elle agit sur les facteurs individuels et environnementaux. Elle développe ces activités avec son personnel régulier, sur ses propres bases, ou encore, achète des programmes, des services, s'associe avec de nombreux partenaires, dont le réseau de la santé et des services sociaux. La commission scolaire applique aussi des mesures de promotion de la santé, individuelles ou environnementales, directement dans les écoles ou pour des écoles en particulier.

De même, plusieurs organismes communautaires interviennent auprès des enfants, des jeunes et de leur famille dans le domaine de la promotion et de la prévention. Ils développent eux aussi des activités ponctuelles et des projets spécifiques mais ils constituent avant tout des milieux d'appartenance et offrent des lieux de rassemblement, d'échange, d'entraide et de solidarité. Ils peuvent agir en milieu scolaire mais la majorité des acteurs communautaires déploient leurs activités dans la communauté ou dans les lieux qui leur sont propres.

À ces mesures auprès des jeunes se greffent des activités de soutien à l'exercice du rôle parental et des invitations aux parents à participer et à s'engager dans les activités déployées auprès de leurs enfants.

Ainsi, bien que les interventions de promotion et de prévention soient nombreuses, elles ont tendance à être morcelées, peu coordonnées et à répondre à des problématiques ponctuelles, sans toujours revêtir l'intensité, la continuité et la globalité encouragées dans les pratiques jugées prometteuses et efficaces.

C'est pourquoi le MSSS et le ministère de l'Éducation (MÉQ) enjoignent leurs réseaux respectifs de planifier et de développer une intervention globale et concertée à partir de l'école et les soutiennent dans cette nouvelle approche, appelée ÉES. Cette approche vise une meilleure complémentarité et une meilleure coordination des actions de promotion et de prévention pour le développement optimal des jeunes tout au long de leur cheminement scolaire. Elle vise également à réduire le recours à des mesures isolées qui se développent au fur et à mesure des problématiques les plus émergentes et s'accumulent au fil du temps. Elle permet aussi de dépasser les modèles d'éducation à la santé visant la transmission des connaissances en favorisant l'adoption de stratégies multimodales qui concernent tant le jeune que son environnement immédiat et son milieu de vie, en cohérence avec le renouveau pédagogique souhaité (« empowerment », développement des compétences , etc.).

C'est ainsi qu'à Laval, un important exercice de révision et de planification de l'offre de services de promotion et de prévention à partir de l'école est en cours, engageant le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation.

#### 3.3.2.1 L'offre actuelle de services de promotion et de prévention

Pour le moment, on peut tirer la liste suivante des principales activités et des services actuellement proposés dans les écoles de Laval par le réseau de la santé et des services sociaux :

#### a) Écoles en santé

Dix-sept (17) écoles primaires et une école secondaire de Laval bénéficient de l'approche ÉES telle que développée à Laval avant le modèle québécois du même nom. Pour l'essentiel, il s'agit d'un accompagnement intensif du réseau de la santé et des services sociaux pour actualiser l'intervention de promotion et de prévention dans ces écoles, dans le cadre d'une démarche de mobilisation de l'équipe-école, soutenue par le CSSS. De cette démarche lavalloise, origine l'approche provinciale ÉES, pour laquelle un cadre de référence et un guide ont été développés, visant, tel qu'expliqué plus haut, autant une planification qu'une offre « systémique » de promotion et de prévention qui s'organiseront à l'échelle du Québec et qui constitueront dorénavant l'intervention de promotion et de prévention en milieu scolaire. Cette approche guidera les écoles pour choisir et déployer de façon cohérente un ensemble d'actions appropriées et intégratives qui agissent sur plusieurs facteurs clés du développement à la fois. Ces choix permettent aussi de tenir compte des besoins de santé, de bien-être et de réussite scolaire identifiés par la communauté éducative (école, CSSS, parents, partenaires). Ainsi, les initiatives lavalloises des 18 ÉES pourraient être ajustées dans le contexte de cette « deuxième génération » d'« École en santé ».

#### b) Des activités touchant les habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires

- Le non-usage du tabac : programme « La gang allumée pour une vie sans fumée » dans une quinzaine d'écoles; sensibilisation auprès des parents; campagne de sensibilisation pour les nonfumeurs dans les écoles secondaires de Laval; valorisation et encouragement des écoles comme milieux sans fumée.
- ✓ Le programme « Au-delà de la drogue » dans quelques écoles primaires de Laval ( $6^e$  année); soutien à la semaine de prévention des toxicomanies en milieu scolaire.
- ✓ Des activités diverses concernant l'alimentation et le soutien des infirmières en milieu scolaire auprès des jeunes ayant des troubles de l'alimentation.
- ✓ La campagne de promotion du port du casque à vélo en collaboration avec plusieurs partenaires;
- Des activités ponctuelles et des outils de Kino-Québec : Marchons vers l'école, Plaisir sur glace, concours École Active; Iso-Actif, Mieux vivre ensemble dans la cour d'école; incitation au transport actif, intensification des activités physiques et sportives en collaboration avec des partenaires de

la communauté (à diverses occasions dans l'année, notamment pendant la semaine de l'activité physique), aménagement des cours d'école et animation des récréations.

#### c) Des services préventifs

- ✓ La vaccination en milieu scolaire :
  - vérification des carnets de vaccination en 1<sup>re</sup> année du primaire et en 4<sup>e</sup> secondaire et relance pour les jeunes qui ne sont pas adéquatement vaccinés,
  - promotion et mise à jour de la vaccination pour les élèves concernés,
  - cliniques de vaccination contre l'hépatite B en 4<sup>e</sup> année,
  - cliniques de vaccination en 4<sup>e</sup> secondaire (*diphtérie*, *coqueluche et tétanos* + *compléter vaccination de base*).
- ✓ La promotion et l'application des protocoles de contrôle des maladies infectieuses pour 100 % des écoles.
- ✓ La promotion et l'application du quide pour la prévention de la pédiculose pour 100 % des écoles.
- ✓ La prestation de services cliniques préventifs pour les enfants et les jeunes souffrant de maladies chroniques :
  - relevé de problématiques de santé chroniques à partir des fiches santé distribuées dans toutes les écoles primaires et secondaires de Laval,
  - contact avec les parents des enfants présentant de telles problématiques,
  - plan d'intervention pour 2 à 6 % d'entre eux,
  - diffusion de l'information dans les milieux scolaires,
  - formation des milieux scolaire à l'administration de médicaments, dont l'Épipen.
- ✓ L'éducation à l'hygiène dentaire et le dépistage des problèmes buccodentaires chez 100 % des enfants du niveau préscolaire; éducation et dépistage en 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année dans un territoire de CLSC; suivi de clientèle à risque dans toutes les écoles primaires de Laval et diverses activités de promotion pour les élèves des 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> année du niveau primaire.
- ✓ Le programme de développement des habiletés sociales des enfants du niveau préscolaire, Fluppy, dans une guarantaine de groupes-classes comportant trois volets :
  - intervention de groupe, en classe,
  - intervention individuelle à domicile pour un enfant ou quelques enfants ayant des difficultés, qui rejoint aussi les parents,
  - soutien et formation auprès des enseignantes.
- ✓ On peut avoir recours à ce programme dès qu'il y a un enfant identifié comme ayant des difficultés au sein d'un groupe-classe.
- ✓ Des services de consultation en matière de sexualité, à l'école et au CLSC, consultations nursing en planning, contraception et ITS dans les écoles secondaires, selon la présence des infirmières en milieu scolaire et les besoins des jeunes.

✓ Des services en prévention du suicide : une équipe régionale de postvention formée de 18 membres, provenant pour plus de la moitié des CLSC et du milieu scolaire, qui intervient à la d'un décès par suicide d'un jeune du milieu scolaire; des groupes de thérapie pour enfants (6 à 12 ans) et adolescents (13 à 18 ans) endeuillés par suicide; le programme Solidarité Astuces de détection (sentinelles) et d'intervention précoce auprès de jeunes Lavallois à risque suicidaire de 14 à 18 ans.

#### d) D'autres activités de promotion et de prévention dans les écoles

Une série d'activités variées de promotion et de prévention, plus ou moins régulières, sont déployées dans les écoles primaires et secondaires de Laval. Voici quelques exemples de problématiques visées et d'actions réalisées par le réseau de la santé et des services sociaux, par l'école, par des organismes communautaires, par d'autres partenaires ou conjointement avec l'un ou l'autre des partenaires :

#### ✓ Au niveau primaire :

prévention de l'intimidation, résolution de conflit, qualité de vie en classe, habileté sociale dans la cour, Vers le Pacifique, prévention des abus sexuels, hyperactivité, Je découvre mon corps, animation d'activités parascolaires (qui touchent, tour à tour, tous les facteurs de développement), nettoyage de parcs, recyclage, plantations, aide aux devoirs, codes de vie qui misent sur le respect et la valorisation de comportements appropriés en société, spectacles de théâtre, de musique, information sur les ressources de la communauté et orientation, conseils de coopération, etc. À Laval, la CSDL est impliquée, avec Ville de Laval, dans le développement de parcours « Aller-retour actif et sécuritaire pour l'école », dans la formation d'apprentis-brigadiers et dans des initiatives de leadership étudiant.

#### ✓ Au niveau secondaire :

gestion de conflit, prévention de la violence, Clique sur toi (violence dans les relations amoureuses), habiletés sociales, l'Amour propre volet toxicomanie, Projet Structure (traitant d'orientation sexuelle et d'homophobie), ateliers d'information et de discussion sur la consommation d'alcool et de drogues, sur le sida, sur la protection lors de relations sexuelles, groupes d'entraide par les pairs (par exemple, le programme ELP), leadership étudiant, codes de vie, politique et règles de vie, groupe de théâtres, groupes de sports, activités d'intégration lors du passage du niveau primaire au niveau secondaire, animation d'activités parascolaires sportives et culturelles, en soirée, dans les locaux des écoles, présence de personne-ressource et projets spéciaux dans des écoles secondaires « d'insertion », etc.

#### e) Des activités de soutien à l'exercice du rôle parental

Des activités de soutien à l'exercice du rôle parental complètent l'offre de services de promotion et de prévention pour les jeunes de 5 à 17 ans des CLSC de Laval. Ces activités sont déployées dans deux programmes principaux, soit :

- ✓ Au niveau primaire :
  - Programme de formation pour les parents d'enfants défiant l'autorité parentale (*PEDAP aussi appelé Barkley*).
- ✓ Pour les parents d'adolescents :
  - Parents d'ado...une traversée.

Les parents sont engagés au sein de l'école au moyen de l'organisme de participation des parents (OPP) et grâce au Conseil d'établissement de l'école. De plus, les écoles encouragent la participation des parents aux activités de leurs enfants et leur collaboration lors d'activités régulières, de sorties et d'occasions spéciales. Elles offrent aussi des ateliers d'information et de discussion autour de sujets tels l'encadrement et la discipline, le suivi scolaire, la violence et le « taxage », l'estime de soi, etc. Certains organismes communautaires offrent aussi ce genre d'ateliers aux parents.

#### f) Des activités de promotion et de prévention dans la communauté

Plusieurs autres actions de promotion et de prévention sont aussi réalisées dans la communauté. Elles sont déployées par des organismes communautaires, Ville de Laval, des associations de toutes sortes. Elles peuvent aussi provenir des réseaux scolaires, de la santé et des services sociaux et d'autres organismes gouvernementaux. Il peut s'agir aussi d'actions conjointes.

Parmi les nombreux services offerts à la communauté, ceux d'une trentaine d'organismes communautaires méritent d'être précisés, en raison, entre autres, de l'enracinement de ces organismes dans les communautés locales et de leurs missions propres. Voici quelques exemples de leurs réalisations :

- ✓ « panier scolaire » (panier de fournitures scolaires pour des familles vivant dans des conditions économiques difficiles);
- ✓ activité « boîte à lunch » (ateliers de conseils et d'idées sur le contenu des boîtes à lunch);
- √ aide aux devoirs:
- √ sensibilisation, animation et formation pour jeunes à risque et décrocheurs, etc.;
- √ prévention du décrochage scolaire;
- ✓ activités créatives, éducatives et de loisirs visant l'intégration et la participation sociales;
- ✓ ateliers thématiques d'échange et de discussion;
- √ activités d'encadrement pendant la période estivale, visant à maintenir des acquis d'intégration sociale;
- activités physiques associées à des activités de prévention de la violence, de l'abus de drogue et d'alcool, etc.;
- ✓ groupes d'entraide par les pairs (dont le programme structuré ELP, qui comprend huit ateliers thématiques prédéterminés);
- √ programme sur l'estime de soi;
- √ appui aux démarches de réinsertion sociale;
- √ accompagnement, soutien, références, promotion et défense des droits;
- ✓ activités de développement social;

#### √ élaboration et diffusion d'outils tels :

- bottin des ressources d'aide pour les jeunes de Laval distribué à tous les élèves de la première année du secondaire, par l'entremise des écoles,
- répertoire d'outils pour prévenir la violence.

Pour l'essentiel, ces réalisations sont le fruit des maisons de la famille ( $0 \ a \ 11 \ ans$ ) et des maisons de jeunes ( $12 \ a \ 17 \ ans$ ), du Bureau de consultation jeunesse (BCJ), de Diapason Jeunesse, de Sida-Vie Laval, du Centre de prévention et d'intervention pour les victimes d'agression sexuelle (CPIVAS), du Centre d'intervention en délinquance sexuelle (CIDS), de l'Unité mobile OASIS, du TRIL, de Mesures alternatives jeunesse de Laval. Ces organismes agissent habituellement dans les territoires locaux mais ils peuvent aussi exercer leur mission sur une base régionale. Plusieurs actions sont aussi issues de concertations entre partenaires. Mentionnons ici : le CRVJ, la Table de concertation « Famille » ( $0 \ a \ 100 \ ans$ ) sur le territoire du CLSC Ruisseau-Papineau, les Tables de concertation « Jeunesse » ( $12 \ a \ 17 \ ans$ ) sur les trois autres territoires de CLSC, les Tables de quartier ( $6 \ a \ 12 \ ans$ ) et la TCOCJL.

#### Le Comité régional « violence et jeunes » (CRVJ) :

Ce comité régional regroupe une vingtaine d'acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, du milieu scolaire, du secteur communautaire, de Ville de Laval, dont la police communautaire. Il est un lieu d'échange et de concertation entre les acteurs lavallois concernés par la violence et il vise à soutenir et à initier différentes actions locales et régionales pour prévenir et réduire la violence chez les jeunes. La violence verbale, l'intimidation, le taxage et les gangs de rue sont, entre autres, ses objets de travail et de concertation.

# Les Tables de concertation « Jeunesse » (y compris la Table « Famille » du territoire du CLSC du Ruisseau-Papineau) et les Tables de quartier :

Les Tables « jeunesse » de Laval qui visent les jeunes de 12 à 17 ans sont multisectorielles : CSLC, Maisons de jeunes, autres organismes communautaires, milieu scolaire, police communautaire, Bureaux municipaux de Loisirs, etc. Elles agissent à l'échelle de chaque territoire de CLSC. Elles sont des lieux de concertation et d'échange, à l'affût des besoins des jeunes de leur communauté. Elles soutiennent et élaborent des projets et/ou des actions en conséquence. Elles travaillent dans une perspective de développement des communautés.

#### La Table de concertation des organismes communautaires jeunesse de Laval (TCOCJL) :

La TCOCJL est un autre exemple de regroupement d'acteurs auprès des jeunes qui ont comme objectif la mise en commun des ressources et le partage de l'information comme clés à une meilleure adaptation des services aux jeunes et une meilleure vue d'ensemble, à l'échelle régionale.

#### 3.3.2.2 L'exercice de planification conjointe de l'offre de services de promotion et de prévention à partir de l'école (EES)

Au printemps 2003, les ministres québécois de la Santé et des Services sociaux et de l'Éducation signaient une nouvelle entente de complémentarité des services entre leurs deux réseaux autour d'un objectif commun: le développement des jeunes. Cette entente comporte des axes d'intervention, dont l'un porte sur la promotion de la santé et du bien-être et sur la prévention. Pour actualiser cet axe d'intervention, l'entente mise sur le développement d'une intervention globale et concertée en promotion et en prévention à partir de l'école. Rappelons que cette intervention, dénommée (dorénavant) ÉES, figure également parmi les mesures retenues dans le Programme national de santé publique 2003-2012<sup>118</sup>, dans le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de la région de Laval et dans les attentes administratives entre le MSSS et les Agences de santé.

À Laval, un groupe de travail régional composé de représentants des deux réseaux de services est à planifier une toute nouvelle offre de services conjointe de promotion et de prévention. Ces travaux sont coordonnés conjointement par la DSP de Laval, par la Commission scolaire de Laval et par le CSSS de Laval. Ils sont balisés par le Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires ÉES pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes », conçu par les deux ministères. À terme, cet exercice de planification aura aussi permis de préciser les rôles respectifs et conjoints des deux réseaux de services et aussi de convenir avec les autres partenaires, dont les organismes communautaires, des collaborations et des arrimages attendus de part et d'autre.

Ainsi, le groupe de travail régional construit cette nouvelle offre de services de promotion et de prévention :

- ✓ sur les principes de l'approche ÉES;
- autour des facteurs clés de développement du jeune;
- à plusieurs niveaux d'intervention, soit, le jeune, l'école, la famille, la communauté;
- en tenant compte de ce qui existe déjà.

Il est prévu que la nouvelle offre de services se déploie graduellement, à partir de l'année 2006. La démarche ÉES qui s'ensuivra à l'échelle de chaque école s'inscrira dans le projet éducatif et le plan de réussite de l'école. Elle implique donc un choix de priorités et d'actions appropriées qui seront ancrées dans le Programme de formation de l'école québécoise et dans les services éducatifs complémentaires. Ainsi, on devrait retrouver des mesures de base communes à toutes les écoles et des mesures qui varieront selon les milieux et les ressources disponibles.

Un accompagnement des milieux scolaires est prévu pour mobiliser et planifier l'intervention. Cet accompagnement sera adapté aux caractéristiques de ceux-ci et un soutien régional continuera à être exercé, notamment par de la formation.

<sup>118.</sup> Invitation à l'atelier École en santé – Contexte.

Le schéma suivant résume l'approche ÉES développée dans le Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires<sup>119</sup>.

#### LES PRINCIPAUX PRINCIPES

- La santé et l'éducation s'influencent mutuellement:
- Le jeune, par son engagement et sa participation, est le premier agent de son développement;
- La famille a un rôle de premier plan dans le développement global du jeune et l'école travaille conjointement avec elle pour atteindre cet objectif:
- L'école assume un rôle central dans la mise en œuvre de l'approche ÉES tout en mobilisant les ressources de la communauté. Elle peut compter sur l'étroite collaboration du CSSS:
- La contribution de partenaires de la communauté est primordiale à la mise en œuvre d'actions qui touchent les différents milieux de vie des jeunes;
- Le comité ÉES est composé d'acteurs variés (ex. : enseignants et autres membres du personnel scolaire, jeunes, parents, représentants du CSSS et d'autres organismes de la communauté);
- Le plan d'action tient compte des acquis du milieu et est bonifié à partir des besoins identifiés par le milieu:
- Un renouvellement des pratiques s'avère essentiel pour le succès ÉES. Cela implique de s'appuyer davantage sur le travail en équipe, le partenariat, le décloisonnement des pratiques et une planification concertée, en retenant les actions les plus « intégratives » susceptibles d'influencer de nombreux facteurs à la fois;
- Une volonté politique manifeste et un soutien financier et professionnel (ex.: formation, outils, accompagnement) des paliers décisionnels sont nécessaires à l'implantation réussie ÉES.

#### LES AXES D'INTERVENTION: LES PRINCIPAUX FACTEURS CLÉS DU DÉVELOPPEMENT, INDIVIDUELS ET ENVIRONNEMENTAUX

Au niveau individuel			Au niveau environnemental			
Estime de soi	Compétence sociale	Hygiène et saines habitudes de vie	Comport. sains et sécuritaires	Env. scolaire	Env. communautaire	Env. familial
Satisfaction personnelle     Compétences diverses     Perception de soi	Résolution de problèmes     Se fixer des buts et les atteindre     Relations sociales de qualité	Activité physique     Alimentation     Hygiène dentaire     Sommeil     Non-usage du tabac     Comportement     responsable face à     l'alcool et aux	En matière de sexualité     Dans les loisirs et les sports et lors des déplacements routiers et piétonniers	- Env. physique - Env. social. et pédagogique	Valeurs et normes     Conditions de vie     Politiques     Services et ressources	- Conditions de vie - Pratiques éducatives - Qualité des relations - Rapports - avec l'école
- Communiquer - Coopérer drogues	pictonnicis	Services préventifs Services complémentaires dont services de santé services sociaux				

#### LE PLAN D'ACTION ANCRÉ DANS LES DIFFÉRENTS MILIEUX DE VIE DES JEUNES

#### La famille

- ✓ Dans l'agenda des parents :
  - activités de loisirs en famille, activités d'accompagnement
  - vécu familial quotidien, pratiques éducatives.

scolaire,

#### L'école

- Le projet éducatif de l'école
- Le Programme de formation de
- l'école québécoise
- Les programmes des services éducatifs complémentaires
- Les activités des services de garde
- Les services d'enseignement

#### La communauté

- Le projet clinique incluant le plan d'action local de santé publique du CSSS et de ses partenaires
- Les plans d'action et d'activités des partenaires : les politiques et services municipaux; les activités des entreprises et commerces; les programmations des organismes communautaires; les médias, les journaux locaux

#### INTÉGRÉ DANS LE PLAN DE RÉUSSITE DE L'ÉCOLE

Extrait du Résumé préparé par Marthe Deschesnes et Sabine Rousseau dans le cadre d'une consultation provinciale en lien avec 119 l'évaluation d'« École en santé au Québec », INSPQ, mars 2005

#### 3.3.3 Les acteurs

#### a) Les CLSC et les écoles

Deux réseaux institutionnels sont responsables des services liés à la santé, au bien-être et à la réussite scolaire des jeunes : le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau scolaire. De plus, avec l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, le gouvernement du Québec identifie une zone de responsabilités communes pour laquelle il enjoint les deux réseaux d'agir en concertation et de manière intersectorielle. En matière de santé publique, le milieu scolaire est particulièrement propice au déploiement des activités de protection, de promotion et de prévention.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, les intervenants psychosociaux et les infirmières des CLSC affectés aux écoles sont les principaux acteurs de la promotion de la santé et de la prévention dans les écoles. Des organisateurs communautaires, des hygiénistes dentaires, des nutritionnistes et d'autres intervenants peuvent aussi déployer des activités de santé publique en milieu scolaire. Généralement, tous ces professionnels ont des fonctions qui sont de nature préventive et curative. En matière de santé publique, ces intervenants agissent, traditionnellement, au moyen d'activités d'éducation à la santé, d'activités de promotion de thématiques précises et aussi grâce à des programmes de prévention. Des médecins œuvrant en CLSC peuvent être associés à ces activités. On les retrouve le plus souvent dans les cliniques « jeunesse » qui, pour l'essentiel, sont centrées sur une offre de services complète en ce qui concerne la sexualité des adolescents.

Les enseignants et plusieurs intervenants du réseau scolaire (psychologues, psychoéducateurs, AVSEC, surveillants, éducateurs du service de garde, etc.) réalisent des activités de promotion-prévention à travers le curriculum scolaire ou par des activités parascolaires qui peuvent viser les facteurs individuels et environnementaux. Par les politiques et les codes de vie que l'école adopte et aussi par les situations d'apprentissage retenues, les directions d'école, les conseils d'établissements et les organismes de participation des parents (OPP) font partie des acteurs de promotion et de prévention auprès des jeunes d'âge scolaire.

Les commissions scolaires peuvent aussi appliquer des mesures de promotion de la santé, individuelles ou environnementales, directement dans les écoles ou pour des écoles en particulier. Toutefois, leurs responsabilités principales, comme celles des directions de santé publique, sont de niveau régional plutôt que local. À ce titre, ces instances planifient, organisent, soutiennent la mise en œuvre et font le suivi des orientations, des approches et des programmes élaborés et adoptés par leurs ministère et réseau respectifs. Ils allouent aussi des fonds nécessaires à la réalisation des missions des CLSC et des écoles. En plus de sa DSP, l'Agence de santé et de services sociaux de Laval soutient financièrement les organismes communautaires par son PSOC. Ce soutien significatif sert au financement de base des organismes communautaires et aussi au financement de projets et d'actions spécifiques.

Avec l'adoption de l'approche ÉES, les deux réseaux sont invités à une planification systématique et conjointe des actions de promotion et de prévention à court, moyen et long terme à partir de l'école et

qui va au-delà de la collecte d'activités. Les acteurs sont tous appelés à élaborer les actions les plus « intégratives » possibles, à les inscrire dans le projet éducatif de l'école et à les ancrer dans :

- ✓ le programme de formation de l'école québécoise;
- √ les services éducatifs complémentaires;
- √ les activités du service de garde;
- ✓ les plans d'action locaux et le plan d'action régional de santé publique.

Ainsi, lors du déploiement dans les écoles, celle-ci devient le maître d'œuvre de l'intervention de promotion et de prévention et le réseau de la santé offre l'accompagnement, le soutien d'expertise, etc. De plus, à cette étape de la mise en œuvre, les membres des deux réseaux participant au comité ÉES, responsable de la démarche, soutiennent, de façon continue, la mobilisation et la concertation des personnes et instances engagées dans l'action autour d'un plan cohérent et coordonné. Dans ce contexte, l'agent de promotion et de prévention participe à la planification, à la réalisation et au suivi du plan en collaboration avec les partenaires.

Ce renouvellement de pratique et du rôle des acteurs s'inscrit en toute cohérence avec le renouveau pédagogique et le *Programme national de santé publique*.

#### b) Les partenaires

Les organismes communautaires autonomes interviennent significativement en matière de promotion et de prévention. Ils représentent des piliers importants de l'intervention préventive auprès des jeunes et de leur famille dans les quartiers de Laval et dans leurs communautés respectives. On peut et on doit compter sur leur apport pour favoriser les liens famille-école-communauté. D'ailleurs, ils mènent plusieurs de leurs actions et de leurs projets avec des partenaires de divers milieux, dont le réseau de la santé et des services sociaux.

Ville de Laval est aussi un acteur à part entière en matière de promotion et de prévention auprès des jeunes et de leur famille en raison du grand nombre de jeunes qu'elle accueille dans ses activités sportives, de loisirs et culturelles et aussi grâce à son service de police communautaire. Ville de Laval est aussi un partenaire qui fait partie de nombreuses concertations en matière de promotion et de prévention auprès des jeunes. De plus, les bureaux municipaux de loisirs sont très impliqués dans le développement des communautés.

L'arrimage avec les partenaires est essentiel au renforcement et à la complémentarité des actions de promotion et de prévention auprès des jeunes car l'école ne peut et n'a pas à tout faire seule.

#### 3.3.4 L'utilisation des services : un ordre de grandeur

- √ Vaccination
- √ Programmes de soutien aux parents
- ✓ Activités dans les écoles primaires, secondaires
- √ EES
- ✓ Fluppy

- √ Services dentaires
- ✓ Cliniques jeunesse
- √ Gang allumée/non-usage du tabac/ Kino et autres saines habitudes de vie
- ✓ Au-delà de la drogue (4 écoles RP)
- √ Adolescents endeuillés par suicide (2 groupes/an)
- ✓ Enfants endeuillés par suicide (1 groupe/an, 4 à 9 enfants, 10 à 12 rencontres)
- ✓ Entraide par les pairs (ELP) (8 ateliers, 6 groupes/an, 12 à 17 ans, 12 rencontres : Centre jeunesse, 3 maisons de jeunes avec CLSC Sainte-Rose)
- ✓ Participation aux activités

#### 3.3.5 Les portes d'entrée et l'accès

Les principales portes d'entrée de l'intervention de promotion et de prévention destinée aux jeunes d'âge scolaire sont les écoles et les organismes communautaires dédiés aux jeunes.

La participation des jeunes se fait principalement par le biais de l'école. La disponibilité et la nature de l'offre de promotion sont toutefois variables selon l'école fréquentée. Cela pour plusieurs raisons, dont les ressources et les moyens consacrés à l'intervention de promotion par les deux réseaux de services, les problématiques ciblées, l'intensité des activités parascolaires, etc. Les services préventifs sont plus harmonisés d'une école à l'autre et plus systématiques. Ils suivent les phases de développement des jeunes et leur cheminement scolaire. On pense ici à l'hygiène dentaire (préscolaire), à la vaccination (4e année, 4e secondaire), aux cliniques jeunesse (12 à 17 ans), etc.

L'adoption de l'approche ÉES et le positionnement des deux ministères en faveur d'une intervention globale et concertée à partir de l'école, consignée dans l'*Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, permettront dorénavant une planification régionale systématique, conjointe et harmonisée des actions de promotion et de prévention à court, moyen et long terme qui palliera une série d'activités ponctuelles qui, même initiées de bonne foi, n'ont pas toutes les caractéristiques d'efficacité requises (*intensité, continuité, cohérence, complémentarité*).

Les jeunes peuvent avoir accès aux activités des organismes communautaires en fréquentant les lieux que ces derniers mettent à leur disposition. Ils peuvent aussi être rejoints dans leur milieu de vie ou divers lieux qu'ils fréquentent, par le biais des services qui y sont offerts.

#### 3.3.6 La détection et l'orientation

Dans la littérature consultée sur l'action de promotion, nous n'avons pas trouvé de réflexion ni de préoccupation et encore moins de ligne de conduite visant à sensibiliser les intervenants en promotion et à les outiller pour qu'ils soient vigilants et puissent détecter des enfants ou des jeunes manifestant des signes de détresse. Cela afin de les orienter vers des services d'aide, du moins aux fins d'évaluation. Dans les faits, nous savons que les intervenants des CLSC en milieu scolaire, qui, rappelons-le, cumulent des fonctions de nature préventive et curative, orientent, sur une base individuelle, les jeunes qui en ont besoin vers des ressources d'aide et d'évaluation.

À cet égard, le domaine de la prévention est différent des activités de promotion car la détection et l'intervention précoce sont intrinsèques à la nature même de l'intervention préventive. Nous pensons, par exemple, au programme Fluppy, déployé à partir de l'identification d'un enfant ayant des difficultés, au programme Solidarité Astuces, dont le volet « Astuces » vise à outiller les intervenants auprès des jeunes pour qu'ils agissent comme sentinelles en ce qui a trait à la problématique du suicide, etc.

#### 3.3.7 Le suivi et la continuité

La continuité de l'action de promotion réside dans le fait que les actions sont planifiées et posées avec intensité, tout au long du cheminement scolaire et des étapes de développement des jeunes. Il en est de même en prévention où les services offerts suivent le développement des jeunes et aussi les étapes les plus critiques d'apparition des facteurs de risque et de l'incidence des problèmes.

La continuité réfère aussi à la cohérence et à la coordination de l'action entre les partenaires. À cet effet, plusieurs partenaires lavallois (*CLSC*, écoles, *BML*, organismes communautaires, etc.) partagent cette préoccupation, se concertent à l'échelle des quartiers de Laval et mettent en commun des ressources pour renforcer les actions de promotion et de prévention auprès des jeunes et les rendre plus complémentaires.

Malgré ces efforts et ces acquis, l'intensité, la continuité, la cohérence et la coordination demeurent des enjeux majeurs de l'intervention de promotion et de prévention. Cette préoccupation est bien présente dans le cadre de l'élaboration de la nouvelle offre de services. L'approche ÉES, en identifiant l'école comme le pivot de l'intégration des liens école-famille-communauté, vise justement à renforcer le potentiel des actions mises de l'avant par les partenaires et à guider le développement d'une planification systématique, continue et concertée, reposant sur les stratégies jugées les plus prometteuses.

#### 3.3.8 L'évolution des pratiques et des milieux

Comme on vient de le voir tout au long de la trajectoire, l'adoption de l'approche ÉES à l'échelle du Québec a comme conséquence la révision en profondeur de l'offre de services en promotion de la santé et en prévention à partir de l'école. Le succès de cette révision repose pour une grande part sur le renouvellement des pratiques. « Cela implique de s'appuyer davantage sur le travail en équipe, le partenariat, le décloisonnement des pratiques et une planification concertée, en retenant les actions les plus intégratives susceptibles d'influencer de nombreux facteurs à la fois<sup>120</sup> ».

Le Comité national d'orientation ÉES a le mandat de soutenir le développement d'une vision commune et intégrée de l'approche ÉES pour toutes les régions du Québec. Son plan de soutien est le suivant :

- ✓ conception d'outils (guide, trousse, documents complémentaires, dépliant, site Web, formation);
- √ identification des ressources requises, encadrement et suivis nécessaires;

<sup>120.</sup> Extrait du résumé préparé par Marthe Deschesnes et Sabine Rousseau dans le cadre d'une consultation provinciale en lien avec l'évaluation d' « École en santé au Québec », INSPQ, mars 2005.

- √ vigie quant aux arrimages à favoriser entre les principales interventions spécifiques et l'approche globale ÉES;
- √ informations, échange et consultation avec les répondants régionaux.

Plus spécifiquement, un plan national de formation et d'accompagnement ÉES est prévu pour l'année 2005-2006. Il comprend :

- ✓ la poursuite d'ateliers d'appropriation ÉES;
- ✓ la poursuite d'ateliers de formation d'accompagnateurs ÉES:
- ✓ l'encadrement des accompagnateurs qui auront à élaborer et à animer un premier atelier d'appropriation ÉES:
- ✓ un soutien ponctuel aux accompagnateurs.

À Laval, voici les outils et moyens qui ont été utilisés, ou qui le seront, pour favoriser l'évolution de la pratique de promotion-prévention pour les jeunes d'âge scolaire :

- ✓ La participation d'une trentaine de personnes-ressources de Laval, des secteurs de la santé et des services sociaux, de l'éducation et du groupe communautaire CPIVAS aux ateliers d'appropriation ÉES en janvier 2005.
- ✓ La mise sur pied du groupe de travail régional, composé de représentants des deux réseaux de service, pour planifier l'offre de services conjointe de promotion et de prévention :
  - soutenue par la DSP de Laval, par le CSSS de Laval et par la CSDL, en lien étroit avec l'expertise nationale,
  - qui s'appuie sur les outils développés par l'INSPQ et les deux réseaux de services, à savoir :
    - le Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires « École en santé pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes »,
    - Les facteurs clés : définitions et effets sur la réussite éducative, la santé et le bien-être. Recommandations pour l'intervention.
  - avec l'aide d'un répondant des directions des programmes FEJ du CSSS de Laval afin de porter à la connaissance du comité la réalité de l'exécution de cette nouvelle intervention par le CSSS de Laval et l'opinion des gestionnaires du CSSS de Laval concernés par le renouvellement de pratique. Ce rôle sous-tend la recherche d'une vision commune, de consensus et une certaine démarche d'harmonisation des pratiques entre les directions FEJ du CSSS de Laval. Le rôle des directions d'école et des membres de la CSDL dans le groupe de travail régional est un peu du même ordre, pour le secteur de l'éducation,
  - qui tient compte des acquis de la région, notamment de l'expérience des 19 ÉES de première génération,
  - qui intègre l'expérience des intervenants du secteur de la santé et des services sociaux en milieu scolaire par l'engagement de deux intervenantes du CSSS de Laval pour l'élaboration de la planification de la nouvelle offre de services.
- ✓ Le soutien d'une personne-ressource de l'INSPQ au développement de l'approche ÉES pour le projet-pilote sur les dépendances au 1<sup>er</sup> cycle du secondaire à l'École Poly-Jeunesse de Laval et

pour l'élaboration de situations d'apprentissage en collaboration avec la CSDL à l'intention des écoles en santé, pour l'année 2005-2006.

- ✓ La tenue d'autres ateliers d'appropriation à l'automne 2005 et d'ateliers de formation d'accompagnateurs ÉES.
- Le soutien des intervenants en milieu scolaire par la DSP de Laval et la CSDL.
- L'éventuelle mise en place d'une équipe régionale qui aurait pour mandat :
  - de soutenir les intervenants en milieu scolaire,
  - d'exercer un rôle conseil.
  - de répondre aux besoins de formation et d'assurer l'accompagnement requis en lien avec le développement des pratiques,
  - d'assurer la mise à jour de l'offre de services régionale.

Soulignons aussi que la planification conjointe de l'offre de services de promotion et de prévention à partir de l'école (ÉES) est un des dossiers prioritaires du RSI-Jeunes de Laval et que, de ce fait, le renouvellement de la pratique de promotion et de prévention auprès des jeunes d'âge scolaire est diffusé à un grand nombre d'acteurs des services auprès des jeunes de trois secteurs d'intervention, soit : le secteur de la santé et des servies sociaux, celui de l'éducation et le secteur communautaire. Cela permet :

- ✓ de mieux faire connaître les orientations de santé publique en jeunesse (5 à 17 ans);
- √ de donner à la promotion-prévention la place qui lui revient dans le continuum de services;
- √ d'enrichir la révision de l'offre de services en cours et d'en accroître sa notoriété.

#### 3.3.9 Les éléments de force de la région de Laval

La région de Laval peut compter sur plusieurs forces pour réussir l'organisation de son offre de services de promotion de la santé et de prévention pour les jeunes d'âge scolaire. Voici ces principales forces :

- ✓ La concentration des acteurs sur le territoire régional (*la « superposition » du local et du régional, un seul CSSS, une seule commission scolaire francophone, une ville, une MRC, une région, etc.*).
- ✓ Un historique de concertation entre les intervenants auprès des jeunes.
- ✓ Les liens avec le milieu scolaire et des réalisations conjointes.
- ✓ L'expérimentation d'une 1<sup>re</sup> génération ÉES.
- ✓ Le choix régional des deux réseaux de services, malgré des ressources limitées, de réviser en profondeur l'offre de services actuelle.

- ✓ Des liens directs avec le développement national de l'approche ÉES et, en conséquence, l'utilisation des cadres de référence les plus récents et des connaissances sur les pratiques les plus prometteuses pour bâtir la nouvelle offre de services.
- ✓ L'inscription de la planification conjointe de l'offre de services de promotion et de prévention à partir de l'école comme dossier prioritaire 2004-2005 du RSI-Jeunes de Laval.
- ✓ Le regroupement des principaux acteurs au sein du groupe de travail régional intersectoriel, leur collaboration étroite et l'appropriation mutuelle du rôle de chacun au regard des services de santé publique destinés aux jeunes d'âge scolaire.

# 3.3.10 Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services de promotion de la santé et de prévention pour les jeunes d'âge scolaire

Comme on l'a mentionné à quelques reprises, plusieurs écrits confirment l'orientation gouvernementale en faveur d'une intervention globale et concertée à partir de l'école. Il s'agit de documents de références qui mettent l'accent tantôt sur la reddition de compte, tantôt sur l'aspect « clinique » (changement de pratique), tantôt sur l'organisation des services. Dans tous les cas, on peut les considérer comme des outils favorisant l'adoption d'une nouvelle pratique et confirmant le consensus créé autour du modèle ÉES. On peut aussi remarquer la cohérence entre ces écrits. Voici la liste de ces principaux documents :

- ✓ le Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Collection « Pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes ». MSSS, MÉQ, Association des CLSC-CHSLD du Québec, INSPQ. Document à paraître en juin 2005 (version de travail de janvier 2005).
- ✓ Les facteurs clés : définitions et effets sur la réussite éducative, la santé et le bien-être. Recommandations pour l'intervention. Collection « Pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes ». MSSS, MÉQ, Association des CLSC-CHSLD du Québec, INSPQ. Document à paraître en septembre 2005 (version de travail de mars 2005).
- ✓ Le Programme national de santé publique 2003-2012 du MSSS,
- ✓ Le Plan d'action régional de santé publique Région de Laval 2004-2007.
- ✓ Le Programme de formation de l'école québécoise : Éducation préscolaire et enseignement primaire du MÉQ (2001).
- ✓ Les Services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite du MÉQ (2002).
- ✓ Le Programme de formation de l'école québécoise : Enseignement secondaire, premier cycle du MÉQ (2004).

- ✓ L'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Gouvernement du Québec. 2003.
- ✓ Le Cahier des attentes administratives 2005-2005 entre le MSSS et les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de servies sociaux.

#### 3.3.11 Des enjeux de l'offre de services de santé publique auprès des jeunes d'âge scolaire

#### a) L'accès

- ✓ Rendre l'offre de promotion de la santé et de prévention à partir de l'école disponible de façon à ce qu'elle corresponde aux besoins des jeunes Lavallois, en tenant compte de la réalité, selon l'approche ÉES et tout au long du cheminement scolaire (ce qui engage à la recherche d'une équité régionale et l'affectation de ressources).
- ✓ Prévoir et intégrer une fonction de détection de problèmes en émergence ou survenus dans le cadre des interventions de promotion :
  - sensibiliser et outiller les intervenants en conséquence,
  - outiller les intervenants pour favoriser l'orientation vers des services d'évaluation ou d'aide, lorsque requis.

#### b) La continuité

- ✓ Planifier et déployer l'offre ÉES tout au long du cheminement scolaire, en fonction des stades de développement des jeunes.
- ✓ Encourager la coordination et la cohérence des préoccupations et des actions entre les nombreux partenaires;
- ✓ Allier les préoccupations et les réalisations des acteurs concernés par la réussite éducative, de même que la santé et le bien-être des jeunes dans le nouveau véhicule intégrateur qu'est ÉES.
- ✓ Accroître les liens avec les organismes communautaires et viser une meilleure complémentarité.
- ✓ Mettre l'accent sur les liens famille-école-communauté pour assurer le renforcement des actions et compléter les choses que l'école ne fera pas.
- ✓ Fortifier les liens entre l'offre de promotion de la santé et la prévention et les services d'aide et d'intervention de 1<sup>re</sup> ligne, notamment dans les écoles de milieux défavorisés.

#### c) L'évolution des pratiques

- ✓ Faire connaître, susciter l'adhésion et soutenir l'approche ÉES chez l'ensemble des ressources des deux réseaux de services : décideurs, gestionnaires et intervenants.
- √ Harmoniser cette pratique à l'échelle régionale.
- ✓ Favoriser la stabilité du personnel et consacrer les investissements nécessaires à l'accomplissement des rôles et des responsabilités envisagés.
- ✓ Maintenir l'équilibre promotion-prévention/aide et intervention dans une proportion de 40 %/60 %.
- ✓ Outiller les acteurs dans le déploiement de la nouvelle offre de services, notamment par de la formation, un encadrement adéquat et une affectation « synergique » des ressources.
- ✓ Élaborer une offre conjointe ÉES et la déployer avec l'étroite collaboration et la coordination des deux réseaux de services.

# Trajectoire 4

## LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION

SERVICES	PRESTATAIRES	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
PORTES D'ENTRÉE  - Urgence  - Crise  - Situation problématique  - Sécurité et développement perçus compromis	<ul> <li>CLSC</li> <li>CJL</li> <li>CH (service de pédopsychiatrie)</li> <li>Médecins en pratique privée</li> <li>OC</li> <li>Milieu scolaire, services de garde</li> <li>Psychologues en pratique privée*</li> </ul>	<ul> <li>Protocole CLSC-CJ</li> <li>Définition régionale de services d'urgence et de crise (partage des rôles)</li> <li>Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté</li> </ul>
ACCUEIL, ÉVALUATION DES BESOINS, ORIENTATION	<ul> <li>CLSC</li> <li>CJL</li> <li>CH (service de pédopsychiatrie)</li> <li>Médecins en pratique privée</li> <li>OC</li> <li>Milieu scolaire, services de garde</li> <li>Psychologues en pratique privée</li> </ul>	<ul> <li>Protocole CLSC-CJ</li> <li>Grilles communes d'évaluation des besoins et de références</li> <li>Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté</li> <li>Collaboration avec la pédopsychiatrie</li> </ul>
AIDE, INTERVENTION ET SUIVI	<ul> <li>CLSC</li> <li>CJL</li> <li>CH (service de pédopsychiatrie)</li> <li>Médecins en pratique privée</li> <li>OC</li> <li>Milieu scolaire, services de garde</li> <li>Psychologues en pratique privée</li> </ul>	<ul> <li>Protocole CLSC-CJ et ses 8 zones de collaboration obligatoire</li> <li>PI</li> <li>PI sous la responsabilité du directeur d'école</li> <li>PSI</li> <li>Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté</li> <li>Collaboration avec la pédopsychiatrie</li> <li>ÉIJ</li> <li>Entente-cadre CLSC-CPE, application régionale à venir</li> </ul>
SOUTIEN AUX FAMILLES  - Soutien personnel  - Soutien au rôle parental  - Répit-gardiennage  RÉADAPTATION/ INSERTION SOCIALE  - Soutenir et collaborer avec les environnements significatifs du jeune	CLSC     CJL     OC     Milieu scolaire, services de garde	<ul> <li>Protocole CLSC-CJ</li> <li>Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation</li> <li>PI</li> <li>PSI</li> <li>Table de concertation « jeunesse »</li> <li>Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté</li> <li>Entente-cadre CLSC-CPE, application régionale à venir</li> </ul>

<sup>\*</sup> Les psychologues en pratique privée sont indéniablement présents dans une offre de service psychosocial. Toutefois, dans une optique de réseau de services intégrés pour les jeunes, nous n'aborderons pas leur rôle, car nous n'avons aucun pouvoir d'organisation sur cette pratique. Celle-ci relevant avant tout d'une relation personnelle entre un professionnel et son client. Cette note vaut pour le reste du texte.

# Zones de collaboration obligatoire par situation selon le cadre de référence CLSC et Centre jeunesse de Laval

Zone 1	La situation requiert l'expertise de plusieurs acteurs. C'est le cas notamment des situations difficiles à cerner et des situations complexes pour lesquelles des échanges sont susceptibles d'apporter des éclairages pertinents.
Zone 2	La situation donne à penser qu'il pourrait y avoir (actuellement ou dans de brefs délais) des indices de compromission, mais une intervention dans le cadre de la Loi sur les services de la santé et les services sociaux (LSSSS) apparaît possible et appropriée pour mobiliser les personnes concernées et résorber la situation.
Zone 3	Les situations signalées par le CLSC mais non retenues ou déclarées non compromises après évaluation du DPJ, pour lesquelles le CLSC juge qu'il a besoin d'une aide spécialisée pour soutenir son intervention.
Zone 4	Les situations signalées par des tiers mais non retenues ou déclarées non compromises après évaluation du DPJ, pour lesquelles le DPJ juge qu'il y a un besoin de services.
Zone 5	Les situations où la sécurité et le développement ne sont pas compromis mais pour lesquelles le CLSC juge qu'il a besoin de l'aide de services spécialisés du CJL.
Zone 6	Les situations où un PSI provisoire est requis pour le maintien du jeune dans son milieu (lors de l'évaluation).
Zone 7	Les situations déclarées compromises par le DPJ pour lesquelles les services du CLSC (complémentaires à ceux du CJL) sont nécessaires au succès de l'intervention.
Zone 8	Les situations de fin de service du CJL pour assurer aux clients l'aide nécessaire pour soutenir leurs acquis et prévenir la récidive.

Source : Protocole d'entente entre les CLSC et le Centre jeunesse de Laval, avril 2004.

#### **TRAJECTOIRE 4**

# 3.4 Les services psychosociaux pour les jeunes ayant des difficultés d'adaptation

Ce regroupement correspond principalement à la séquence des services psychosociaux aux enfants de 5 à11 ans et aux jeunes de 12 à 17 ans du panier de services des CLSC « *Allons à l'essentiel* ». Cette séquence répond à une intensité croissante de besoins pour une intervention psychosociale dus à une difficulté d'adaptation passagère, circonstancielle, aiguë ou plus persévérante. Dans cette logique d'intensité graduée, nous avons inclus les Services d'intervention dans le milieu (SIM) du CJL.

Les services pour les jeunes en difficultés d'adaptation et leur famille des CLSC et du CJL font l'objet d'un Protocole CLSC-CJ qui comprend huit zones de collaboration obligatoires (*voir page précédente*).

Les services de soutien aux parents ayant des enfants en difficultés d'adaptation sont aussi inclus dans cette trajectoire.

Les enfants de 0 à 4 ans ayant des difficultés d'adaptation suivent sensiblement les mêmes trajectoires de services. Les parents sont nécessairement plus présents et au cœur des interventions. Parmi les professionnels des CLSC auprès de ces enfants, on peut compter, entre autres, des psychoéducateurs ou éducateurs spécialisés. Les services de garde se rajoutent comme partenaires des établissements du réseau et l'adoption d'un protocole CLSC-CPE est visée afin d'adopter les meilleures pratiques et de préciser les rôles respectifs et conjoints lorsqu'un même enfant est desservi par les deux réseaux.

#### 3.4.1 Quelques données de prévalence

Le nombre de jeunes et leur famille susceptibles d'avoir des difficultés d'adaptation et de recourir à des services psychosociaux est difficile à estimer. Trois sources de données nous permettent d'établir un ordre de grandeur.

Les études démontrent que 10 à 15 % des enfants et des jeunes de 0 à 17 ans vont avoir des difficultés d'adaptation au cours de leur vie<sup>121</sup>. Si on applique ces données à la population des 0 à 17 ans de Laval (*données de population de 2004 : 74 981*), il s'agit d'un potentiel de 7 500 à 11 250 individus. Mentionnons que, dans plusieurs cas, il s'agit de situations transitoires qui, si elles font l'objet d'une intervention de soutien ou d'accompagnement, trouveront une solution à court terme empêchant la détérioration de la situation. Nous comprenons aussi que ces études réfèrent à tous types de difficultés confondues : difficultés d'adaptation, problèmes de santé mentale, problèmes de toxicomanie, cumul de multiples problématiques.

En 2002-2003<sup>122</sup>, le CJL a reçu 2 435 signalements. De ce nombre, 1 050 ont été retenus pour évaluation par le DPJ. Après évaluation, quelque 340 (*32 %*) signalements seront déclarés faits fondés et seront orientés vers le service d'application des mesures. Pour tous les jeunes dont le signalement

<sup>121.</sup> MSSS, Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille, page 13.

<sup>122.</sup> CJL, Rapport annuel 2002-2003.

ne sera pas retenu, les études confirment que leurs besoins sont tout de même importants. Pour Laval, en 2003, il peut donc s'agir de quelque 2 000 enfants et jeunes.

Pour les seuls services de crise et de suivi intensif, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec estime qu'il faut prévoir desservir 1,4 % des familles d'enfants de 5 à 11 ans et 2 % des familles de jeunes de 12 à 17 ans. Selon ces estimations, voici le potentiel de familles ayant besoin de services psychosociaux, pour la région de Laval.

TABLEAU 21 Services de crise et de suivi intensif, Prévalence selon les estimations de l'Association des CLSC-CHSLD du Québec

Population totale et prévalence	Marigot	Mille-Îles	Ruisseau-Papineau	Sainte-Rose de Laval	Laval
Population des 5 à 11 ans (2002)	6 837	3 997	8 774	12 318	31 926
1,4 % des familles	96	56	123	172	447
Population des 12 à 17 ans (2002)	5 528	3 821	7 021	9 774	26 144
2 % des familles	111	76	140	195	522
TOTAL – population des jeunes de 5 à 17 ans	207	132	263	367	969

Source: Estimation des ressources requises pour les 0 à 17 ans, CLSC de Laval, Direction de santé publique, Document de travail, nov. 2002.

#### 3.4.2 Description

Les services aux jeunes (5 à 17 ans) avec difficultés d'adaptation ou de comportement se traduisent par une intervention psychosociale sur une base individuelle, familiale ou de groupe et la consultation psychosociale de type « case load » y occupe la place la plus importante pour la majorité des prestataires de services. Cette intervention peut être plus ou moins intensive et plus ou moins longue selon la gravité du problème et sa persistance. Elle peut se déployer dans les lieux de l'organisme responsable de l'intervention ou dans le milieu de vie du jeune, notamment dans la famille ou à l'école. Dans tous les cas, la mobilisation des parents est essentielle et l'intervention psychosociale peut interpeller autant le parent que le jeune.

De cette description, on peut tirer la liste suivante, par ordre d'intensité, des services offerts à Laval<sup>123</sup> par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux :

- ✓ les services de consultation psychosociale ponctuelle (CLSC : consultation auprès des intervenants scolaires à partir de l'école);
- ✓ l'accueil, l'évaluation, l'orientation, les interventions psychosociales et le suivi auprès des jeunes et des parents montrant des difficultés d'adaptation (CLSC: interventions qui peuvent se poursuivre sur une période de 1 à 3 ans et qui peuvent comporter, selon l'intensité des difficultés, un nombre varié de rencontres):
- ✓ les services d'intervention de crise et de suivi intensif :
  - les services des CLSC auprès des jeunes de 6–18 ans (*Programme Accès-Cible*) (8 à 10 semaines, 4 à 5 heures d'intervention par semaine);
  - le SIM du CJL (peut desservir des jeunes sous la LSSSS et sous la LPJ).

<sup>123.</sup> Les services de nature psychosociale offerts par les CLSC pour les 0-4 ans sont compris dans la trajectoire de « L'offre de service à caractère sélectif pour les enfants de 0 à 4 ans et leur famille ».

Les enfants et les jeunes en difficulté reçus dans ces services peuvent aussi avoir recours à des ressources d'hébergement. La plupart de ces ressources sont sous la responsabilité du CJL. L'organisme la *Maison d'hébergement l'Envolée* offre aussi de l'hébergement pour des périodes temporaires (*moyenne de 59 jours par an*).

De plus, l'intervention psychosociale inclut des services de soutien aux parents. Trois volets peuvent être réalisés :

- 1) le soutien personnel (services psychosociaux, adultes aux services courants des CLSC);
- 2) le soutien au rôle parental :
  - dans le cadre du *Plan d'intervention (PI) et du Plan de services individualisé* (PSI) lorsqu'il est requis de l'utiliser:
  - dans le cadre de programmes de groupe tels l'intervention auprès des parents du programme Fluppy, le Programme de formation de parents d'enfants désobéissants (PEDAP ou BARKLEY), et Parents d'ado... une traversée. Ces programmes de groupe sont généralement associés à la trajectoire des services de promotion-prévention. Aussi, ils sont documentés dans cette trajectoire.
- 3) des mesures de soutien dans le milieu tel le répit dépannage (cible les clientèles des CLSC, du CJL et DID), en soutien à l'intervention. (Deux fonds alimentent ce service : le fonds de prévention au placement et le fonds pour colonie de vacances).

#### 3.4.3 Les principaux prestataires de services

#### a) Les CLSC et le CJL

Dans le réseau public de la santé et des services sociaux, la responsabilité des services psychosociaux pour les jeunes avec difficultés d'adaptation est confiée aux CLSC et au CJL. Les services du CJL demeurent toutefois des services spécialisés dans le cadre de la LPJ, appliquée de façon exceptionnelle. À cet effet, tout est mis en œuvre pour que les services aux jeunes en difficulté soient donnés en vertu de la LSSSS, par les CLSC. Ainsi, le Protocole CLSC-CJ vise, entre autres, à ce que les CLSC répondent aux jeunes et aux familles qui ont été signalés au DPJ, lorsque :

- ✓ le signalement n'a pas été retenu pour évaluation ou l'évaluation a déterminé que la sécurité et le développement ne sont pas compromis;
- ✓ la décision quant au statut de compromission n'est pas encore prise:
- √ le suivi par le CJL prend fin, mais ce dernier ou le DPJ juge qu'un besoin de services demeure.

#### b) D'autres prestataires

Les médecins de famille ou pédiatres en pratique privée et les services de pédopsychiatrie peuvent aussi être interpellés à l'étape de l'évaluation de la situation et de l'orientation du jeune en difficulté d'adaptation. Toutefois, les services de pédopsychiatrie sont des services spécialisés qui devraient être réservés lorsque des troubles de santé mentale sont détectés. Cette orientation est confirmée dans plusieurs cadres de référence récents du MSSS. Bref, le recours aux services de pédopsychiatrie pour des jeunes ayant des difficultés d'adaptation est, la plupart du temps, une utilisation inadéquate d'un service de deuxième ligne.

Outre le secteur de la santé et des services sociaux, d'autres acteurs offrent des services aux jeunes en difficulté. Il peut s'agir des psychologues ou des intervenants psychosociaux en pratique privée 124, d'intervenants professionnels du milieu scolaire et des intervenants des organismes communautaires.

Parmi les autres prestataires intersectoriels de services aux jeunes en difficulté, les organismes communautaires ont une approche différente; ils s'engagent davantage dans des interventions sur les conditions sociales ou sur les milieux de vie. Il s'agit d'une majeure par rapport à la consultation psychosociale individuelle.

#### 3.4.4 L'utilisation des services : un ordre de grandeur

Le TABLEAU 22 présente les données d'utilisation des services psychosociaux des CLSC et du SIM du CJL, pour la région de Laval. Les données concernant les services des CLSC doivent être lues comme un ordre de grandeur<sup>125</sup>. De plus, pour les services donnés par les CLSC, on remarguera que nous avons aussi comptabilisé des adultes (18 à 45 ans). Il s'agit de services dispensés aux parents aux fins des difficultés d'adaptation de leur enfant. Dans certaines situations, le PI concerne autant le parent que l'enfant.

TABLEAU 22 Nombre de jeunes desservis, Services psychosociaux des CLSC de Laval (2001-2002) et Service d'intervention dans le milieu du Centre jeunesse de Laval par territoire de CLSC (2002-2003)

Nombre de jeunes desservis/territoire de CLSC	Marigot	Mille-Îles	Ruisseau-Papineau	Sainte-Rose de Laval	Laval
Services psychosociaux pour problèmes de développement, d'adaptation sociale et de croissance personnelle (incl. Tr.					
Apprentissage) :					
• 0 à 17 ans	138	116	286	161	701
• 18 à 45 ans ( <i>parents</i> )	272	226	218	172	888
TOTAL	410	342	504	333	1 589
SIM du CJL (LSSSS/LPJ)	76 (34 %)	46 (21 %)	37 (17 %)	62 (28 %)	221

Source: Centre jeunesse de Laval, Statistiques par territoire 2002/2003, I-CLSC, 2001-2002.

Par ailleurs, plusieurs autres jeunes en difficulté sont rejoints par les services des professionnels non enseignants du milieu scolaire, par les organismes communautaires, par des psychologues en pratique privée et par les médecins, généralistes et pédiatres, en pratique privée.

Ces derniers témoignent qu'ils accueillent de plus en plus d'enfants et de jeunes ayant des problématiques psychosociales. À partir de l'âge de 5 ans, cela représenterait une part appréciable des consultations en cabinet privé. Les progrès concernant la pharmacologie, notamment les

<sup>124.</sup> Les psychologues en pratique privée sont indéniablement présents en grand nombre dans une offre de service psychosocial. Toutefois, dans une optique de réseau de services intégrés aux jeunes, nous n'aborderons pas leur rôle car nous n'avons aucun pouvoir d'organisation sur cette pratique.

Les données de services des CLSC tirées du système d'information clientèle des CLSC (I-CLSC) devraient comprendre : les interventions des CLSC auprès des jeunes et des parents montrant des signes de détresse et les services d'intervention de crise et de suivi intensif. Elles excluent les services de consultation psychosociale ponctuelle auprès des intervenants scolaires. Nous avons aussi capté les données d'utilisation des services par les parents d'enfants et de jeunes en difficulté, car les dossiers sont souvent ouverts au nom du parent.

psychostimulants, ne seraient pas étrangers à la présence grandissante des médecins, auprès des jeunes en difficultés d'adaptation. De plus, la distinction entre les problématiques psychosociales et de santé mentale est parfois ténue.

De même, dans le milieu scolaire, il est parfois difficile de distinguer entre les difficultés d'apprentissage et les difficultés d'adaptation.

#### 3.4.5 Accueil, évaluation du besoin et orientation

Le jeune peut avoir accès aux services psychosociaux chez l'ensemble des prestataires de services, mais dans le réseau public des services sociaux et de santé, les deux endroits appropriés sont les CLSC et le CJL. Les CLSC accueillent les jeunes pour des services de toutes intensités. Le SIM du CJL accueille des enfants et des jeunes avec des difficultés plus persistantes, qui ont nécessairement été dirigés vers ce service à la suite d'un signalement au DPJ. Des grilles communes d'évaluation des besoins CJL-CLSC permettent une orientation adéquate et une collecte d'information unique dans le cas de référence et de l'application des zones de collaboration obligatoires. Toutefois, à la première étape des signalements non retenus (57 %), l'orientation et/ou l'accompagnement personnalisés demeurent à consolider.

#### a) L'accès aux services psychosociaux des CLSC

Le TABLEAU 23 présente les mécanismes d'accès et les dispositifs d'orientation mis en place par les quatre CLSC de Laval pour les trois types de services psychosociaux disponibles pour les enfants et les jeunes de 5–17 ans et leur famille.

**TABLEAU 23** Services psychosociaux, Accueil, évaluation du besoin et orientation, par les quatre CLSC de Laval

Services psychosociaux des CLSC	Marigot	Mille-Îles	Ruisseau-Papineau	Sainte-Rose de Laval
5 à 17 ans :				
Consultation	Intervenant « CLSC » en	Intervenant « CLSC » en	Intervenant « CLSC » en	Intervenant « CLSC » en
psychosociale	milieu scolaire :	milieu scolaire :	milieu scolaire :	milieu scolaire :
ponctuelle	Consultation formelle et	Consultation formelle et	Consultation formelle et	Consultation formelle et
	informelle auprès du milieu scolaire	informelle auprès du milieu scolaire	informelle auprès du milieu scolaire	informelle auprès du milieu scolaire
Services auprès	En provenance de la	En provenance de la	En provenance de la	En provenance de la
des jeunes avec	population : accueil	population :	population: accueil	population: accueil
difficultés	psychosocial du CLSC	accueil psychosocial du	psychosocial du CLSC	psychosocial du CLSC
d'adaptation et		CLSC et suivi court terme	et suivi court terme	
leurs parents	Formulaire d'évaluation	Formulaire d'évaluation pour l'orientation vers le	Formulaire d'évaluation pour l'orientation vers le	Formulaire d'évaluation
		programme FEJ	programme FEJ	
	Orienté vers FEJ pour suivi	Suivi moyen et long terme	Suivi moyen et long terme	Orienté vers FEJ pour le suivi
	En provenance du milieu	En provenance du milieu	En provenance du milieu	En provenance du milieu
	scolaire:	scolaire :	scolaire :	scolaire :
	Acheminés aux	Acheminés aux	Acheminés aux	Acheminés aux intervenant
	intervenants affectés aux	intervenants affectés aux	intervenants affectés aux	affectés aux écoles
	écoles	écoles	écoles	
	Demandes de services	Demandes de services	Demandes de services	Demandes de services
	retenues avec grille	retenues avec grille	retenues avec grille	retenues avec grille
	d'analyse sommaire	d'analyse sommaire	d'analyse sommaire	d'analyse sommaire
	Cheminement systématisé	Cheminement systématisé	Cheminement systématisé	Cheminement systématisé
	concerté avec le milieu	concerté avec le milieu	concerté avec le milieu	concerté avec le milieu
	scolaire	scolaire	scolaire	scolaire
	Liste d'attente variable de	Liste d'attente de	Liste d'attente variable de 1	Liste d'attente variable de 1
	1 à 3 mois	1 mois	à 3 mois	à 3 mois

Source: Allons à l'essentiel, Laval, avril 2003, pages 59-61, 65, 86-89, 95-96.

Les mécanismes d'accueil pour les services de soutien aux parents dépendent de la nature du service qu'ils souhaitent utiliser ou vers lequel ils sont orientés. Les services de soutien personnel (services psychosociaux, adultes aux services courants des CLSC) peuvent être offerts aux parents en prolongement de l'intervention auprès de leur enfant. Le parent peut demander de l'aide, il sera alors accueilli selon les mécanismes d'accès pour le service concerné.

Les services de répit-dépannage peuvent être offerts en prolongement de l'intervention auprès du jeune en difficulté suivi par le CLSC ou par le CJL et demandés par les intervenants du CLSC ou des autres établissements. Le parent dont l'enfant est suivi par le CLSC ou le CJL peut demander luimême un tel type de soutien. Dans tous les cas, les demandes sont examinées selon les balises d'octroi du fonds d'allocation pour mesure de soutien et d'appoint.

#### b) L'accès au SIM du CJL

Le SIM découle nécessairement d'un signalement. Il peut être offert dans le cadre de la LSSSS ou de la LPJ. Les mécanismes d'accès et les dispositifs d'orientation du CJL sont systématisés et les outils d'accueil et de référence sont standardisés. Ce cheminement est précisé à la trajectoire des services dans le cadre de la LPJ.

#### c) D'autres critères d'accès aux services des CLSC et du CJL

De plus, les responsabilités d'accès et d'orientation des CLSC et du CJL sont précisés en fonction de la forme sous laquelle se manifeste le problème, soit : l'urgence, la crise, la situation problématique et les cas où la sécurité et le développement perçus comme compromis.

<sup>\*</sup> Notons que les services d'intervention de crise et de suivi intensif sont harmonisés entre les quatre CLSC de Laval depuis 2004. Il s'agit du Programme Accès-Cible qui inclut les services d'intervention de crise Parado et Ado-micile qui avaient été développés dans les territoires des CLSC du Ruisseau-Papineau et Sainte-Rose de Laval.

#### ✓ L'urgence

« Une situation d'urgence représente un risque imminent d'atteinte à l'intégrité physique ou psychologique d'une personne. La situation d'urgence requiert une intervention immédiate alors que le caractère d'immédiateté n'est pas inhérent à la situation de crise<sup>126</sup>».

En vertu de cette définition, les deux établissements, CLSC et CJL, sont considérés comme « porte d'entrée ». Les CLSC peuvent offrir ces services pendant leurs heures d'ouverture c'est-à-dire durant la journée et une partie de la soirée. En soirée, certains CLSC peuvent difficilement assurer une intervention dans le milieu si la situation l'oblige, faute de ressources suffisantes sur place. Le CJL dispose de services 24/24 heures, 7/7 jours.

#### ✓ La crise

« Une situation de crise est une courte période de déséquilibre psychique chez un jeune ou une famille confrontés à un événement perçu comme représentant un danger pour eux et qu'ils ne peuvent fuir ni résoudre avec leurs moyens habituels de résolution de problèmes<sup>127</sup> ».

La porte d'entrée est le CLSC à moins qu'il n'y ait apparence de compromission de la sécurité et du bien-être du jeune.

#### ✓ La situation problématique

La porte d'entrée est le CLSC. Pendant l'année scolaire, le milieu scolaire est aussi directement interpellé. Si le milieu scolaire évalue que le réseau de la santé et des services sociaux doit être présent, l'étape de l'accès évaluation-orientation aux services psychosociaux peut être partagée entre le milieu scolaire et le CLSC jusqu'à la décision concernant la prise en charge.

#### √ La sécurité et le développement perçus comme compromis

La porte d'entrée est le CJL, en vertu de la LPJ.

#### d) L'accès aux autres prestataires

En cas d'urgence ou de crise, le centre hospitalier peut être interpellé. De même, dans le cas de zone grise entre la difficulté d'adaptation, le trouble de comportement et le problème de santé mentale, les médecins et les services de pédopsychiatrie continuent aussi d'être interpellés. Leurs services auprès des jeunes en difficulté se limitent très majoritairement aux étapes de l'accueil et de l'évaluation.

Les médecins en pratique privée utilisent des grilles d'évaluation des besoins, propres à leur formation (ex. : échelle Conners) et des liens peuvent être créés avec le milieu scolaire par l'utilisation de grilles d'observation, du bulletin scolaire ou encore par un contact direct avec l'intervenant scolaire ou autres.

<sup>126.</sup> Définition du Comité de pilotage, Protocole CLSC-CJ.

<sup>127.</sup> Définition du Comité de pilotage, Protocole CLSC-CJ.

Le milieu scolaire, parce qu'il reçoit quotidiennement la grande majorité des jeunes de 5 à 17 ans, est confronté à leurs difficultés et doit intervenir parce qu'il a l'obligation de la scolarisation et, le cas échant, la responsabilité des conditions favorables à celle-ci. Compte tenu de ce contexte, le milieu scolaire exerce des fonctions d'accueil, d'évaluation du besoin et d'orientation pour les jeunes en difficulté. Ces fonctions sont exercées au regard du cheminement de l'élève par rapport aux buts de l'école. Pour certains cas et en fonction des balises du MEQ au regard de l'adaptation scolaire et des services complémentaires, le milieu scolaire réfère aux médecins et autres professionnels en pratique privée, aux services de pédopsychiatrie et aux CLSC.

Ainsi, le milieu scolaire peut référer au système public de soins et de services. Une évaluation complète de la situation, lorsque requise, peut résulter en une évaluation concertée du CLSC et du milieu scolaire dans le cadre d'un cheminement de demande de services systématisés et à l'aide d'un formulaire prévu à cette fin<sup>128</sup>.

Les organismes communautaires tels le *TRIL*, l'*Oasis*, la *Maison d'hébergement l'Envolée*, le Bureau de consultation jeunesse, *Diapason Jeunesse* et les maisons de jeunes peuvent se mobiliser rapidement pour désamorcer une crise qui survient dans leur milieu et/ou accompagner vers des ressources d'urgence. Par exemple, un organisme comme le TRIL répond aux situations d'urgence, offre des services d'écoute et de médiation. Les maisons de jeunes ou les maisons de la famille doivent être considérées comme des milieux de vie où le besoin d'orienter certains jeunes ou certaines familles vers des services psychosociaux du système public peut émerger. Dans ces cas, les organismes communautaires peuvent bénéficier de mécanismes d'accès particuliers aux services des CLSC ou d'autres établissements. À notre connaissance, cette pratique n'est toutefois pas harmonisée à l'échelle de la région.

#### 3.4.6 L'intervention, le suivi et la continuité

#### a) Les services propres aux CLSC

#### √ La consultation psychosociale ponctuelle

Les intervenants des CLSC affectés aux écoles offrent des consultations ponctuelles, formelles (incluant discussions de cas à titre de personne ressource) ou informelles, auprès du personnel scolaire pour des difficultés mineures et passagères des jeunes qui fréquentent leur école. Ces consultations peuvent être demandées par la Direction, les enseignants, le personnel non enseignant, les surveillantes du dîner et les services de garde. Dans le cadre de ce service, les intervenants des CLSC n'établissent pas nécessairement un contact direct avec le jeune.

#### Les services auprès des jeunes ayant des difficultés d'adaptation et leurs parents

Ce service comporte des consultations psychosociales de court, moyen et long terme. De façon générale, on parle d'interventions qui se poursuivent sur une période de 1 à 3 ans et qui peuvent comporter, selon l'intensité des difficultés, un nombre varié de rencontres. Les plans d'intervention

108

<sup>128.</sup> Cette grille est couramment appelée « Grille 1,2,3 ».

sont établis selon la nature des besoins de la clientèle. L'implication des parents est systématique et le plan d'intervention peut reposer principalement sur ces derniers.

#### ✓ Les services d'intervention de crise et de suivi intensif auprès des jeunes de 6 à 18 ans Accès-Cible

Les services de crise et de suivi intensif Accès-Cible visent une intervention soutenue et intensive d'une durée 8 à 10 semaines pour les enfants et les jeunes ayant de 6 à 18 ans et comportant quatre à cinq heures d'intervention par semaine auprès de l'ensemble de la famille. Cette intervention est déployée sur la base d'un accord de la famille avec le modèle d'intervention et d'un engagement à se mobiliser. Le programme Accès-Cible a commencé à être implanté à l'automne 2002 dans les quatre CSLC du territoire.

Le programme Accès-Cible vient donc étendre la disponibilité des services intensifs aux 6 à 18 ans, dans les quatre territoires de CLSC, par un modèle harmonisé. Ces services peuvent rejoindre des enfants et des jeunes signalés au DPJ, tentant ainsi d'éviter l'application des mesures et le placement. Ces services sont particulièrement propices à l'exercice de zones de collaboration obligatoires de l'entente CLSC-CJ.

#### b) Le SIM du CJL

Le SIM regroupe des intervenants du CJL qui sont dispersés dans chacun des territoires de CLSC et qui visent le développement des capacités des enfants et des jeunes signalés et leurs parents dans le cadre d'une approche milieu. Par cette approche, le SIM vise à limiter les recours judiciaires, plus spécifiquement, à éviter l'application des mesures et le placement. En 2002-2003, le CJL a ainsi rejoint 221 familles (21 %) pour un total de 1 069 familles desservies à la suite de signalements 129. Ce service favorise l'exercice des zones de collaboration obligatoires de l'entente CLSC-CJ et une meilleure continuité entre les services spécifiques des CLSC et les services spécialisés du CJL. Comme pour tous ses services, le CJL utilise le PI.

#### c) Les services des autres prestataires

Les médecins en pratique privée et les services de pédopsychiatrie ne sont généralement pas impliqués en ce qui concerne la prise en charge des jeunes présentant des difficultés d'adaptation. Lorsque cela se produit, des liens peuvent s'établir ou non avec un dispensateur de services psychosociaux.

Le milieu scolaire offre des services de nature professionnelle adaptés aux jeunes en difficultés selon deux grands groupes : les élèves à risque et les élèves qui ont des troubles graves du comportement. La définition d'élèves à risque sous-tend une approche globale visant à favoriser la prévention ou l'adaptation en fonction des buts de l'école au regard des apprentissages du jeune, de sa socialisation et de sa qualification. L'élève ayant un trouble grave du comportement sous-tend l'intervention du personnel d'encadrement ou de réadaptation des services éducatifs au cours de la majeure partie de la présence du jeune à l'école. Ce dernier groupe peut être touché ou non par l'entente MEQ-MSSS.

<sup>129.</sup> CJL, Rapport annuel 2002-2003.

Les jeunes des deux groupes peuvent recevoir des services respectifs des deux réseaux ou de l'un d'entre eux ou encore des services conjoints.

Les organismes communautaires sont aussi des prestataires de services de nature psychosociale. Plus globalement, les interventions des organismes communautaires se réalisent sous la forme d'activités d'adaptation aux milieux de vie du jeune, d'insertion sociale, d'utilisation des ressources de la communauté à des fins psychosociales sans que leurs services n'incluent nécessairement de la consultation psychosociale individuelle. Leurs interventions psychosociales peuvent être complètes sans qu'il y ait référence ou recours au réseau d'établissements. Elles doivent aussi être considérées comme une réponse différente et adéquate non disponible dans le réseau public. Certains d'entre eux ont établi des liens privilégiés et des projets de collaboration avec les CLSC et le CJL aux diverses étapes des services.

#### d) Les outils du suivi et de la continuité des services entre les prestataires de services

Plusieurs outils de liaison entre les prestataires de services ont été développés et/ou sont en développement. Pour l'essentiel, il s'agit du *Protocole CLSC-CJ*, du PI, du PSI et de l'Équipe d'intervention jeunesse (ÉIJ). Les collaborations avec les organismes communautaires prennent une couleur moins formelle. Voici, brièvement résumés, quelques faits saillants au sujet des liens entre prestataires de services.

- ✓ La continuité des services aux jeunes ayant des difficultés d'adaptation entre les CLSC et le CJL, est soutenue par le *Protocole CLSC-CJ*. Parmi les huit zones de collaboration obligatoires de ce protocole, les zones 1 (à l'entrée des services) et 8 (à la fin des services) demandent une consolidation accrue.
- ✓ Dans le réseau de la santé et des services sociaux, tous les établissements doivent élaborer un plan d'intervention pour chaque personne qui a recours à leurs services. En plus des besoins du jeune, des objectifs poursuivis et des moyens préconisés, le PI identifie la durée prévisible du service. De plus, « le plan d'intervention doit aussi assurer la coordination des services dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés de l'établissement. <sup>130</sup> ». Par ailleurs, toujours selon la LSSSS, « lorsqu'un usager (...) doit recevoir, pour une période prolongée, des services (...) nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou l'intervenant désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé <sup>131</sup> ». À Laval, le PI est utilisé de manière systématique au CJL et de manière inégale dans les CLSC.
- ✓ Dans le réseau de l'éducation, conformément à la Loi sur l'instruction publique, le directeur d'école voit à la réalisation et à l'évaluation périodique du plan d'intervention. « Le directeur d'école, avec l'aide des parents d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage, du personnel qui dispense des services à cet élève et de l'élève lui-même, à moins qu'il en soit incapable, établit un plan d'intervention(…) 132,133 ».

<sup>130.</sup> Gouvernement du Québec, Loi sur les services de santé et les services sociaux, Éditeur officiel du Québec, art.102, 2001.

<sup>131.</sup> Gouvernement du Québec, Loi sur les services de santé et les services sociaux, Éditeur officiel du Québec, art.102, 2001.

<sup>132.</sup> Gouvernement du Québec, Loi sur l'instruction publique, Québec, Éditeur officiel du Québec, art. 96.14, 2001.

- ✓ Dans le réseau de la santé et des services sociaux comme dans le réseau de l'éducation, ces plans de services engagent l'accord et la participation des parents.
- ✓ Le PSI fait l'objet d'une importante démarche régionale d'implantation à laquelle sont conviés le milieu scolaire et le milieu communautaire.
- Toutefois, en ce moment, il n'y a pas d'arrimage significatif entre les plans d'intervention des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation lorsqu'ils suivent un même jeune. Cet arrimage est une des priorités de *L'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*, signée en 2003 et un des dossiers privilégiés du Plan d'action 2004-2005 du Réseau-Jeunes de Laval.
- ✓ Les organismes communautaires peuvent participer à un PSI mais ils n'en seront pas les initiateurs ni les coordonnateurs.
- Bien que la confidentialité des dossiers soit respectée, entre autres, par des formulaires de consentement, cette préoccupation demeure constante pour l'ensemble des prestataires de services, notamment à l'occasion de l'utilisation de PSI. Cette question est examinée au niveau national dans le cadre des travaux de l'*Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation.* De plus, une réflexion régionale à cet effet, pourrait être mise à jour.
- ✓ Le CLSC-CHSLD du Marigot, le CJL, le CRDI Normand-Laramée et le service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur font partie de l'ÉIJ (projet pilote<sup>134</sup>) dont le but est de coordonner les services aux jeunes cumulant plusieurs problématiques (dont celle des difficultés d'adaptation) et pour lesquelles les mécanismes habituels de collaboration ont atteint leurs limites. Il s'agit d'une expérimentation de coordination formelle de services entre plusieurs établissements qui interviennent auprès d'un même jeune.
- √ À Laval, plusieurs initiatives de collaboration entre les organismes communautaires et les institutions offrant des services aux jeunes ayant des difficultés d'adaptation existent. Elles sont spontanées et prennent souvent forme à partir des Tables de concertation « jeunesse » dans les territoires de CLSC. Elles sont basées sur la reconnaissance mutuelle des partenaires et sur le respect de la mission, de l'autonomie et de l'apport distinct et complémentaire des organismes communautaires. Pour les organismes communautaires, il s'agit là des fondements essentiels à l'établissement de collaboration.

#### 3.4.7 L'évolution des pratiques et des milieux

Au regard des jeunes en difficulté, la révision de l'organisation des services ressort comme un fait marquant de l'évolution des pratiques et des milieux. En effet, l'accès aux services, leur continuité,

<sup>133.</sup> Gouvernement du Québec Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, 2003, page 9.

<sup>134.</sup> Projet pilote à partir du territoire du Marigot, mais accueillant les demandes de tous les territoires.

leur complémentarité, la concertation et leur coordination ont fait l'objet d'une révision majeure. De même, l'utilisation systématique d'outils communs et standardisés et la mise en place de mécanismes de suivi et d'évaluation sont au cœur des changements de pratique en vue de rendre les services suffisamment disponibles et de qualité, d'en assurer une utilisation et une application judicieuse (*le bon niveau de service, au bon moment, à la bonne personne*) et d'en favoriser l'accès sans rupture d'une orientation de services à l'autre.

Dans la région de Laval comme ailleurs au Québec, plusieurs outils ont présidé à ces changements de pratique, dont :

- ✓ le Cadre de référence CLSC-CJ concernant les services à la jeunesse;
- ✓ le *Protocole CLSC-CJ*;
- ✓ le Programme national de formation;
- ✓ la Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté, dont quelques mesures pivot tels l'ÉlJ et le soutien à l'utilisation systématique des plans d'intervention et des plans de services individualisés.

À Laval, de nombreuses avancées ont été effectuées grâce à la mise en place des comités directeur et pilotage jeunesse qui réunissaient les décideurs de tous les établissements concernés, soutenus par la Direction des programmes de l'Agence de santé et de services sociaux de Laval. Il en est résulté, notamment :

- ✓ l'utilisation des grilles communes d'évaluation des besoins et de référence CLSC-CJ;
- ✓ une clarification des rôles respectifs et conjoints des établissements dans la desserte des services aux jeunes en difficulté;
- ✓ un suivi de l'entente entre les CLSC et le CJL de Laval;
- ✓ la mise en place de services de crise et de suivi intensif en première ligne, dans les CLSC;
- √ la mise en place d'une équipe d'intervention jeunesse;
- ✓ l'utilisation systématique des plans d'intervention au CJL et en développement dans les CLSC;
- ✓ une importante démarche régionale intersectorielle de soutien à l'utilisation des PSI.

Le *Programme national de formation* est offert au CJL. À Laval, pour le moment, les CLSC n'ont pas eu recours à ce programme.

Sur le plan de l'organisation des services, selon une logique de continuum, les milieux des services aux jeunes présentant des difficultés d'adaptation continueront de procéder à des changements. L'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, le rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés aux enfants, aux jeunes et à leur famille De la complicité à la coresponsabilité. ((MSSS, avril 2004) et la révision de la LPJ seront les traceurs d'une deuxième étape de transformation des services aux jeunes en difficulté et leur famille. Ces trois cadres de référence découlent de mesures identifiées à la Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté. Dans la région de Laval, les mesures de cette Stratégie continuent de s'implanter progressivement. Pour le MSSS, elles constituent ses balises de suivi du développement des services aux jeunes en difficultés dans toutes les régions du Québec. Il est prévu qu'un bilan annuel en soit fait.

#### 3.4.8 Les éléments de force de la région de Laval

Les acteurs des services aux jeunes de la région de Laval ont une longue habitude de collaboration et de concertation. Les groupes de travail intersectoriels autour des services psychosociaux se sont multipliés, notamment autour d'objets de travail bien concrets tels : le *Protocole CLSC-CJ*, les PI, les PSI, l'Équipe d'intervention jeunesse (ÉIJ) ou autour de thématiques bien précises (*violence, toxicomanie, etc.*)

De même, plusieurs initiatives de collaboration entre les organismes communautaires et les institutions offrant des services aux jeunes ayant des difficultés d'adaptation ont vu le jour, notamment à partir des tables de concertation « jeunesse » dans chacun des territoires de CLSC. La qualité de ces regroupements repose sur la reconnaissance mutuelle des partenaires et sur le respect de la mission, de l'autonomie et de l'apport distinct et complémentaire des uns et des autres. Il s'agit aussi de lieux propices à l'identification des besoins de l'heure.

De plus, plusieurs outils de liaison entre les prestataires de services ont été développés et/ou sont en développement. Pour l'essentiel, les faits saillants au sujet des liens entre les prestataires de services de la région sont relatés dans la section 3.4.6 portant sur l'intervention, le suivi et la continuité.

#### 3.4.9 Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services

L'ensemble des documents de référence et d'orientation nommés dans la section sur l'évolution des pratiques s'inscrivent tous dans une logique d'intégration des pratiques et ont fait ou font encore l'objet de suivis. Ils constituent tous les moyens porteurs d'une meilleure intégration des services. Récemment, l'offre de service du programme Jeunes en difficulté du MSSS (document en consultation, mai 2005) rassemble en un seul document les normes d'accessibilité, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience relatés dans l'ensemble de ces documents de référence et d'orientation portant sur les services psychosociaux aux jeunes et à leur famille. L'offre du programme services Jeunes en difficulté, qui fixe les cibles d'ici 2010 et qui réfère aux orientations fortes et aux outils les plus structurants des documents antérieurs, devient donc le moyen porteur par excellence de l'intégration des services psychosociaux pour les jeunes et leur famille.

#### 3.4.10 Des enjeux en matière d'intégration des services

La région de Laval est déjà en mouvement par rapport à un bon nombre d'enjeux en matière d'intégration des services psychosociaux pour les jeunes et leur famille. Plusieurs sont indissociables de ceux pour les jeunes suivis dans le cadre de la LPJ. On peut donc se référer à la section 3.5.15 pour compléter la liste suivante. De plus, *l'offre de service du programme Jeunes en difficulté* du MSSS devient un guide incontournable en matière d'intégration de ces services.

#### a) L'accès

- ✓ Favoriser le CSSS de Laval comme un guichet privilégié pour l'accueil, l'évaluation, l'orientation et le traitement dans le cadre des services généraux, puis spécifiques, au besoin.
- ✓ Viser à rejoindre, d'ici 2010, au moins 7,5 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans de son territoire de desserte et trouver tout moyen propice à réduire les recours aux signalements à la DPJ.
- ✓ Rappeler la place privilégiée de l'intervention de 1<sup>re</sup> ligne et faire connaître ces services, notamment auprès des partenaires du réseau scolaire.
- ✓ S'assurer que des mécanismes de références personnalisées sont présents dans les cas où un signalement n'est pas retenu par le CJL et dans les cas où des situations vécues par les partenaires de 1<sup>re</sup> ligne doivent être signalées au centre jeunesse.

#### b) La continuité

- ✓ Dans le cadre des services de crise Accès-Cible, viser à réduire les signalements et instaurer des mécanismes favorisant des références plus régulières entre le signalement et Accès-Cible (Accès-Cible des CLSC et RTS du centre jeunesse).
- ✓ S'assurer que les mécanismes de transfert personnalisés comportent des évaluations conjointes, au besoin et qu'ils favorisent une continuité clinique.
- ✓ Renforcer l'arrimage des services psychosociaux auprès des jeunes entre le réseau de la santé et des services sociaux et de l'éducation. Préciser les rôles et responsabilités respectifs et conjoints.

#### c) L'évolution de la pratique

- ✓ S'assurer que des PI sont présents dans tous les dossiers.
- ✓ S'assurer que les PSI sont utilisés dès qu'il y a plus d'un établissement qui est impliqué et que les services sont requis pour une période prolongée.
- ✓ Améliorer la complémentarité des services des différents acteurs impliqués (SSS, éducation, organismes communautaires), dans le respect des missions des uns et des autres.
- ✓ Déployer L'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes.
- ✓ Favoriser « l'empowerment » des usagers et de leur famille. Développer les moyens favorisant cette approche.
- ✓ Offrir de la formation continue aux intervenants, notamment dans le cadre du PNF.
- ✓ Améliorer les systèmes d'information pour mieux suivre les interventions notamment, celles effectuées en milieu scolaire.
- ✓ Plus globalement, adopter les normes de pratique de l'offre de service du programme Jeunes en difficulté du MSSS.

# Trajectoire 5

# LES SERVICES LIÉS À LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LPJ)

SERVICES	PRESTATAIRES	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
ACCUEIL / RÉCEPTION /TRAITEMENT DU SIGNALEMENT  - Décider si le signalement est retenu  - Décider du degré d'urgence	- CJL: - Réception traitement du signalement (RTS) - PVT - Urgences jeunesse	<ul> <li>Article 38 de la LPJ</li> <li>Entente de collaboration CLSC-CJ:</li> <li>Zones de collaboration 1,2</li> <li>Formulaire de référence et grille d'analyse de demande</li> <li>Entente multisectorielle<sup>135</sup></li> </ul>
MESURES D'URGENCE ET D'HÉBERGEMENT  - Mesures applicables maximum 24 heures  - Consultation parents/enfants  - Prolongation judiciaire 5 jours  - Retrait de l'enfant de son milieu	- CJL : - Intervenant de la DPJ autorisé	- Article 38 de la LPJ
ÉVALUATION DE LA SITUATION  - Décider si la sécurité ou le développement est compromis	- CJL : - É-O - Projet SIM-É-O	<ul> <li>Article 38 de la LPJ</li> <li>Entente de collaboration CLSC-CJ:</li> <li>Zones de collaboration 4,6</li> <li>PSI provisoire pour le maintien du jeune dans son milieu (zone 6)</li> <li>Formulaire de référence</li> <li>Entente multisectorielle</li> </ul>
ORIENTATION Choix du régime : - Entente sur les mesures volontaires - Ordonnance judiciaire - Choix des mesures	- CJL : - É-O - Projet SIM-ÉO	Le choix des mesures art.54 et 91 de la LPJ     Entente multisectorielle

<sup>135.</sup> Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique.

# Trajectoire 5 (suite)



SERVICES	PRESTATAIRES	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
APPLICATION DES MESURES  - Exécution de l'entente ou de l'ordonnance  - dans le milieu naturel  - en famille d'accueil  - en foyers de groupe  - en centre de réadaptation	<ul> <li>CJL :         <ul> <li>SAM</li> </ul> </li> <li>Services de réadaptation (collaboration avec d'autres partenaires pour services spécifiques)</li> </ul>	<ul> <li>Entente de collaboration CLSC-CJ:</li> <li>Zones de collaboration 3,5,7</li> <li>PI</li> <li>PSI</li> <li>Pour les jeunes vivant en milieu substitut, entente favorisant l'accès aux services de scolarisation</li> <li>Au besoin:</li> <li>Protocole d'intervention en situation de problématique du suicide au CJL</li> <li>Pour les jeunes aux prises avec des dépendances: initiative conjointe avec le Centre Le Maillon</li> <li>Pour les jeunes cumulant plusieurs problématiques: ÉIJ</li> </ul>
RÉVISION  - Maintien des mesures  - Fermeture du dossier  - Fermeture du dossier et référence	- CJL : - Équipe de réviseurs	<ul> <li>Article 57 de la LPJ</li> <li>Entente de collaboration CLSC-CJ :</li> <li>Zone de collaboration 8</li> </ul>

# Zones de collaboration obligatoire par situation selon le cadre de référence CLSC et CJL

Zone 1	La situation requiert l'expertise de plusieurs acteurs. C'est le cas notamment des situations difficiles à cerner et des situations complexes pour lesquelles des échanges sont susceptibles d'apporter des éclairages pertinents.
Zone 2	La situation donne à penser qu'il pourrait y avoir (actuellement ou dans de brefs délais) des indices de compromission, mais une intervention dans le cadre de la LSSSS apparaît possible et appropriée pour mobiliser les personnes concernées et résorber la situation.
Zone 3	Les situations signalées par le CLSC mais non retenues ou déclarées non compromises après évaluation du DPJ, pour lesquelles le CLSC juge qu'il a besoin d'une aide spécialisée pour soutenir son intervention.
Zone 4	Les situations signalées par des tiers mais non retenues ou déclarées non compromises après évaluation du DPJ, pour lesquelles le DPJ juge qu'il y a un besoin de services.
Zone 5	Les situations où la sécurité et le développement ne sont pas compromis mais pour lesquelles le CLSC juge qu'il a besoin de l'aide de services spécialisés du CJL.
Zone 6	Les situations où un PSI provisoire est requis pour le maintien du jeune dans son milieu ( <i>lors de l'évaluation</i> ).
Zone 7	Les situations déclarées compromises par le DPJ pour lesquelles les services du CLSC (complémentaires à ceux du CJL) sont nécessaires au succès de l'intervention.
Zone 8	Les situations de fin de service du CJL pour assurer aux clients l'aide nécessaire pour soutenir leurs acquis et prévenir la récidive.

Source : Protocole d'entente entre les CLSC et le Centre jeunesse de Laval, avril 2004.

### **TRAJECTOIRE 5**

## 3.5 Les services liés à la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)

Cette trajectoire correspond aux étapes de l'intervention liée à la LPJ. Cette loi vise l'enfant ou le jeune dont la sécurité ou le développement est compromis et, le cas échéant, oriente le choix de l'intervention qui répondra le mieux aux besoins fondamentaux de celui-ci. En outre, la LPJ vise également l'amélioration de la capacité des parents à assumer leurs responsabilités<sup>136</sup>.

Les étapes de l'intervention sont déployées dans un contexte d'autorité qui relève du DPJ. En vertu de l'article 32, le DPJ et les membres de son personnel, autorisés à cette fin, exercent en exclusivité les responsabilités suivantes :

- ✓ recevoir un signalement;
- √ déterminer s'il est recevable;
- √ décider si la sécurité ou le développement est compromis;
- √ décider de l'orientation;
- √ réviser la situation:
- ✓ fermer le dossier (et orienter, s'il y a lieu).

Il y a un DPJ par centre jeunesse, lequel a le mandat plus large d'offrir, aux jeunes de la naissance à 18 ans en difficulté d'adaptation et à leur famille, des services de protection, d'urgence sociale, d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale requis par leur situation en vertu de la LPJ et de la LSJPA mais aussi en vertu de la LSSSS.

Au CJL, en 2003, ces services ont été distribués ainsi<sup>137</sup>.

	2003
Demandes de services :	
Demandes de services traitées par le DPJ	6 911
Loi sur la protection de la jeunesse :	
Signalements reçus par le DPJ	2 435
Signalement retenus par le DPJ	1 050
Enfants ayant fait l'objet d'une intervention du DPJ	2 000
Loi sur les jeunes contrevenants (Loi sur le système de justice pénale pour ado) :	
Adolescents ayant fait l'objet d'une intervention du Directeur provincial	688
Adoption:	
Adoption québécoise : nombre d'enfants adoptés durant la période	3
Adoption internationale : nombre d'enfants adoptés légalement durant la période	34
Familles postulantes évaluées durant la période	40
Loi sur les services de santé et les services sociaux :	
Jeunes suivis	253

La présente trajectoire concerne essentiellement le processus d'intervention déclenché par un signalement.

<sup>136.</sup> Déjà présent comme principe de Loi, le Rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse fait la recommandation d'inclure ce but parmi les objets de la Loi, Rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse, *La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager*, février 2004, page 22.

<sup>137.</sup> CJL, Rapport annuel 2002-2003, page 9.

#### 3.5.1 Quelques données

Sous l'angle des enjeux liés à une organisation de services intégrés, il importe de relever quelques données qui sont des indicateurs de liens à établir, d'une part, entre problématiques et entre les services aux parents et les services aux jeunes et, d'autre part, entre niveaux de services (les cibles précises de la prévention, la disponibilité et l'utilisation des ressources de première ligne pour des services spécifiques avant de recourir à la LPJ et des services spécialisés de deuxième ligne).

- ✓ 51 % des enfants signalés à la DPJ vivent dans une famille bénéficiaire de la sécurité du revenu;
- √ 44 % des familles ont un revenu annuel inférieur à 24 000 \$;
- √ 44 % des familles sont monoparentales;
- √ 36 % des parents ont été eux-mêmes victimes de mauvais traitements;
- ✓ 24 % des parents ont un problème de toxicomanie;
- ✓ 22 % vivent une situation de violence conjugale;
- √ 17 % présentent des problèmes de santé mentale <sup>138</sup>.
- ✓ Les services de protection de la jeunesse reçoivent et traitent chaque année un nombre important de signalement. Ces signalements concernent 3,4 % des enfants du Québec. Laval se compare au Québec. En 2002-2003, les 2 435 signalements au DPJ de Laval représentent 3,2 % des jeunes Lavallois.
- ✓ Toutefois, environ un enfant sur quatre sera considéré comme ayant besoin de protection après avoir franchi les différentes étapes du processus d'évaluation.
- √ 61 à 82 % des enfants signalés dont la situation n'est pas prise en charge par le DPJ présentent des besoins d'aide ou de services sociaux<sup>139</sup>.

### 3.5.2 Description

Il est énoncé à l'article 2 que la LPJ « s'applique à un enfant dont la sécurité ou le développement est ou peut être compromis » et l'article 2.3 précise que l'objet de la Loi est de « mettre fin à la situation qui compromet la sécurité ou le développement et éviter qu'elle ne se reproduise ». À cet effet, il est intéressant de relever l'interprétation suivante du Manuel de référence sur la LPJ: Autrement dit, l'intervention vise à la fois la protection de l'enfant et l'amélioration de l'exercice de certaines responsabilités parentales. (Groupe de travail sur la révision du Manuel de référence sur la LPJ, 1998:113)<sup>140</sup>.

Selon la dernière définition de sécurité et de développement adoptée par la Table des DPJ, « la protection d'un enfant consiste à apporter une réponse minimale à ses besoins fondamentaux, dans

<sup>138.</sup> Ensemble des données de population tirées de Tourigny et al., Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIO), Centre de liaison sur l'intervention et la protection de la jeunesse (CLIPP), Montréal, 2002.

<sup>139.</sup> Rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse, *La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager*, février 2004, pages 14, 15.

<sup>140.</sup> Rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse, *La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager*, février 2004, page 22.

son meilleur intérêt, et dans le respect de ses droits » (ACJQ, 1995). Cela, en raison des principaux motifs de l'article 38 de la LPJ, soit :

- √ la négligence;
- √ l'abus sexuel:
- √ les mauvais traitements physiques;
- ✓ les troubles de comportement sérieux.

Ainsi, le processus d'intervention est déclenché à la suite d'un signalement et il constitue un cheminement **propre** à la LPJ qui comprend les étapes suivantes :

- 1. réception et traitement du signalement;
- 2. mesures d'urgence (si requis);
- 3. évaluation de la situation;
- 4. orientation (choix du régime et des mesures);
- 5. application des mesures;
- 6. révision;
- 7. fermeture du dossier et référence (s'il y a lieu).

Afin de franchir ces étapes, balisées par la Loi et par le *Manuel de référence sur la LPJ*, le CJL s'est doté de l'organisation suivante :

#### 1<sup>re</sup> étape (réception et traitement)

- ✓ Services de l'accueil :
  - Réception et traitement des signalements (RTS);
  - Programme de vérification-terrain (PVT);
  - Urgences jeunesse.

#### 2<sup>e</sup> étape (évaluation de la situation)

- ✓ Service de l'évaluation-orientation (É-O);
- ✓ Projet SIM-ÉO (intervention concertée et conjointe du Service d'intervention dans le milieu et du service d'évaluation-orientation).

#### 3<sup>e</sup> étape (orientation : choix du régime et des mesures)

✓ Service de l'évaluation—orientation (É-O).

### 4<sup>e</sup> étape (application des mesures)

✓ Service de l'application des mesures (SAM).

#### 5<sup>e</sup> étape (révision : maintien ou fermeture du dossier)

✓ Équipe de réviseurs.

Pour les motifs d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant la santé physique, la procédure d'intervention sociojudiciaire établie dans l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique s'applique. Les étapes de cette procédure sont

imbriquées dans celles du processus d'intervention en vertu de la LPJ et le chef de file est le DPJ, sauf que l'Entente vise une intervention conjointe, coordonnée et continue du DPJ, de la police, du substitut du procureur de la couronne ou d'autres établissements ou organismes liés à l'Entente. Ainsi, elle détermine les rôles, les responsabilités et les règles de conduite des partenaires à chacune des étapes du processus d'évaluation de la situation.

Par ailleurs, lorsqu'il y a retrait du milieu familial à l'une ou l'autre des étapes du processus d'intervention de la LPJ, le CJL met à la disposition des jeunes des ressources d'hébergement. Ces ressources sont de type familial (RTF), des ressources intermédiaires (RI), des foyers de groupe et le centre de réadaptation qui, quant à lui, inclut des unités d'encadrement régulier (globalisant) et des unités d'encadrement intensif. Bien que les ressources ne soient pas exclusives aux jeunes en protection de la jeunesse, 82 % des jeunes Lavallois (7 à 17 ans) hébergés le sont en vertu de la LPJ. Pour les services de réadaptation, le CJL s'associe avec des partenaires pour offrir des services spécifiques tels des services de santé mentale, de toxicomanie, alcoolisme et autres dépendances, de scolarisation, de qualification socioprofessionnelle, etc.

Enfin, dans toutes les situations où la sécurité ou le développement de l'enfant n'est pas jugé ou n'est plus jugé compromis, le DPJ a la responsabilité d'informer l'enfant et ses parents des services et des ressources disponibles dans leur milieu ainsi que des modalités d'accès. Ces situations peuvent se produire à l'étape de la réception des signalements, à la suite de l'évaluation ou de la révision de la situation de l'enfant. Dans ces cas, l'application du *Protocole CLSC-CJ* favorise des moyens plus formels d'exercer cette responsabilité en soutenant les arrimages nécessaires entre services concernés.

Les huit zones de collaboration obligatoire du *Protocole d'entente CLSC-CJ* s'appliquent pour l'orientation des enfants et leurs parents dans les cas où la sécurité ou le développement de l'enfant n'est pas ou n'est plus jugé compromis et dans les cas où les indices de compromission existent, mais l'intervention dans le cadre de la LSSSS apparaît appropriée. Les zones de collaboration visent également des échanges d'expertise, des interventions complémentaires pour des enfants sous LPJ ou sous LSSSS.

#### 3.5.3 Les principaux prestataires de services

#### ✓ Le CJL

Le centre jeunesse et son DPJ sont les prestataires quasi exclusifs des services déterminés par la LPJ.

#### ✓ Les CLSC

Les CLSC sont appelés à intervenir auprès de ces jeunes en difficulté lorsque :

- le signalement n'a pas été retenu pour évaluation ou à la suite de l'évaluation qui a déterminé que la sécurité ou le développement n'est pas compromis;
- en attendant la décision quant au statut de compromission de jeunes déjà connus par le CLSC:
- le suivi par le CJL prend fin, mais ce dernier ou le DPJ juge qu'un besoin de services demeure;

- la situation donne à penser qu'il pourrait y avoir des indices de compromission, mais une intervention dans le cadre de la LSSSS apparaît possible et appropriée pour résorber la situation<sup>141</sup>;
- l'intervenant du CLSC participe à l'évaluation de la clientèle avec le DPJ.

D'autres zones de collaboration obligatoire appellent la participation des CLSC, mais retenons qu'ils sont principalement interpellés lorsque le signalement n'est pas retenu (au total, la situation de plus de 75 % des enfants signalés n'est pas prise en charge par les services de protection de la jeunesse<sup>142</sup>) et lorsque le service du centre jeunesse prend fin, mais qu'il y a quand même besoin de service.

#### ✓ Les autres établissements

Dépendant de la situation du jeune, d'autres établissements comme le Service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur, le Centre Le Maillon, le CRDI Normand-Laramée, l'Hôpital juif de réadaptation (HJR) et d'autres établissements (tel le Centre de réadaptation Marie Enfant (CR Marie Enfant)) sont appelés à collaborer aux services déployés.

#### Les autres partenaires

Les commissions scolaires, les écoles, les policiers, certains organismes communautaires sont aussi des partenaires privilégiés des services de protection de la jeunesse.

Notons que pour tous les motifs d'intervention de l'article 38 de la LPJ, les établissements et organismes ont l'obligation de signaler la situation au DPJ. Pour les motifs reliés à l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique, tout citoyen a une obligation semblable.

#### 3.5.4 L'utilisation des services

En 2002, le CJL a traité 2 435 signalements au DPJ, il s'agit d'une augmentation de 34,7 % depuis 1999. Sur les 2 435 signalements reçus, 1 050 ont été retenus à l'étape « Réception-traitement ». Au 31 mars 2003, 767 dossiers étaient actifs à l'application des mesures. Au total, bon an mal an, toutes cohortes confondues, 2 000 jeunes font l'objet d'une intervention dans le cadre de la LPJ.

Le TABLEAU 24 présente le nombre de jeunes desservis par le CJL à la suite d'un signalement, les services d'intervention utilisés et les lois appliquées.

Le développement du Service d'intervention dans le milieu (SIM) par le CJL et des services de crise et de suivi intensif (Accès-141. Cible) par les CLSC de Laval vise à répondre entre autres à cette situation.

<sup>142.</sup> Rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse, La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager, février 2004, page 126.

TABLEAU 24 Nombre de jeunes desservis à la suite d'un signalement, Centre jeunesse de Laval par territoire de CLSC - 2002-2003

Nombre de signalements /jeunes desservis	Marigot	Mille-Îles	Ruisseau-Papineau	Sainte-Rose de Laval	Laval
Signalements reçus	747 (31 %)	342 (14 %)	636 (26 %)	710 (29 %)	2435
- non retenus	396 (28 %)	198 (14 %)	361 (26 %)	430 (31 %)	1 385 (57 %)
- retenus	351 (33 %)	144 (14 %)	275 (26 %)	280 (27 %)	1 050 (43 %)
Services d'intervention découlant					
des signalements :					
- SIM (LSSSS/LPJ)	76 (34 %)	46 (21 %)	37 (17 %)	62 (28 %)	221 (100 %)
- SAM (LPJ)	310 (37 %)	112 (13 %)	225 (28 %)	191 (22 %)	848 (100 %)
Service de l'application de la Loi					688
sur les jeunes contrevenants					000

Source: Centre jeunesse de Laval, Rapport annuel 2002-2003.

Le TABLEAU 25 présente la place relative des motifs d'intervention par groupes d'âge à l'étape de l'évaluation au CJL. La négligence est le motif d'intervention en vertu de la LPJ de loin le plus important (49 %). Viennent ensuite les troubles de comportement (25 %) et les mauvais traitements physiques (17 %). La place qu'occupe chacun des motifs d'intervention dans les signalements de la région de Laval est similaire aux données de l'ensemble des centres jeunesse du Québec.

**TABLEAU 25** Évaluations réalisées distribuées selon les groupes d'âge et les problématiques, Centre jeunesse de Laval - 2002-2003

Problématique	0 à 4 ans	5 à 11 ans	12 à 17 ans	Total
Négligence	157	234	118	509 (49 %)
Abus physique	35	90	47	172 (17 %)
Abus sexuel	14	46	33	93 (9 %)
Trouble de comportement	0	28	226	254 (25 %)
Abandon	0	2	2	4
Total	206 (20 %)	400 (39 %)	426 (41 %)	1032 (100 %)

Source: Centre jeunesse de Laval, Évaluations réalisées 2002-2003.

Afin de compléter les informations sur les motifs d'intervention, faisons ressortir quelques faits saillants à partir des données opérationnelles des CJ (MSSS, 2002a), en 2000-2001 :

- ✓ Les signalements pour négligence représentaient 50 % des signalements retenus pour évaluation et 59,2 % des prises en charge par le DPJ.
- ✓ Les troubles de comportement sérieux, excluant l'absentéisme scolaire et la fugue, représentaient 21,8 % des signalements retenus pour évaluation et 25,9 % des prises en charge par le DPJ. Les problèmes d'absentéisme scolaire représentaient pour leur part 1,4 % des signalements retenus pour évaluation et 0,1 % des prises en charge par le DPJ. Selon les données de l'ÉIQ (*Tourigny et al., 2002:64*), les problèmes de relations parents/enfant ou avec l'autorité représentent 40 % des événements définis comme principaux problèmes dans les signalements pour troubles de comportement qui se sont avérés fondés. Ils sont suivis des problèmes de comportement en milieu scolaire (*12* %), des problèmes de consommation d'alcool et de drogue (*11* %) et des problèmes de violence (*9* %).

✓ Les signalements pour mauvais traitements physiques représentaient 14,4 % des signalements retenus pour évaluation et 6,1 % des prises en charge par le DPJ<sup>143</sup>.

Ces faits saillants et le TABLEAU 25 du CJL sont utiles pour préciser les cibles d'intervention et les adultes les plus interpellés.

Le TABLEAU 26 présente les signalements au CJL traités par catégorie de signalant. Il présente aussi les signalements retenus et non retenus par catégorie de signalant. Les catégories de signalants avec plus de 400 signalements sont dans l'ordre: les policiers, les parents et le personnel scolaire. Lorsqu'on additionne les signalements de la fratrie et des parents, la famille devient la première catégorie de signalant (25 %), suivie de près par les policiers (22 %). Pour les signalements retenus, c'est le personnel scolaire qui est le premier signalant (22 %), puis les policiers (18 %) et la famille (15 %).

Pour quatre catégories de signalants, plus de 40 % de leurs signalements sont retenus. Il s'agit :

- ✓ du personnel des CJ (69 %);
- √ du personnel scolaire (55 %);
- √ du personnel des CLSC (53 %);
- ✓ et des voisins (42 %).

TABLEAU 26 Signalements traités par catégorie de signalant, Centre jeunesse de Laval - 2002-2003<sup>144</sup>

Catégorie de signalant	Retenus	Non retenus	Total
Parents	139 (28 %)	365	504
Proportion du total des signalements retenus	(13 %)		
Fratrie ou parenté	26 (28 %)	67	93
Proportion du total des signalements retenus	(2 %)		
Sous-total - Famille	165 (28 %)	432	597
Proportion du total des signalements retenus	(15 %)		
Policier	191 (36 %)	333	524
Proportion du total des signalements retenus	18 %		
Personnel scolaire	231 (55 %)	191	422
Proportion du total des signalements retenus	22 %		
Personnel CLSC	113 (53 %)	100	213
Proportion du total des signalements retenus	11%		
Personnel du CJL	127 (69 %)	58	185
Proportion du total des signalements retenus	12 %		
Voisin	56 (42 %)	77	133
Proportion du total des signalements retenus	5 %		
Différents signalants (personnel organisme, CH,	123	122	245
médecins, conjoint du parent, etc.)	123	122	243
Autres signalants non identifiés	44	72	116
Total	1 050	1 385	2 435

Source: Centre jeunesse de Laval, 2002-2003.

Agence de santé et de services sociaux de Laval

<sup>143.</sup> Rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse, *La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager*, février 2004, pages 65, 81, 93.

<sup>144.</sup> Selon les données à la source de ce tableau, 99 % des signalements du CJL proviennent de la communauté francophone.

Le TABLEAU 27 dresse un portrait de l'utilisation des ressources d'hébergement.

TABLEAU 27 Portrait des ressources d'hébergement, Centre jeunesse de Laval - août 2003

Type de ressources	Nombre de places	Nombre de ressources
De type familial (RTF)	241	54
Foyers de groupe	45	N/A
Ressources intermédiaires	17	N/A
En centre de réadaptation <sup>145</sup>	230 <sup>146</sup>	N/A
Total – CJL	533	N/A
Ententes interrégionales :		
<ul> <li>132 places – Montréal</li> <li>10 places – Montérégie</li> <li>38 places Centre jeunesse de Montréal pour Lavallois (12 à 17 ans)</li> </ul>	-132 -10 +38	
<b>Total des places pour les jeunes Lavallois</b>	429	

Source: Centre jeunesse de Laval, août 2003.

#### 3.5.5 L'accueil

Le CJL est la seule porte d'entrée pour les services liés à la LPJ. Ses services d'accueil de réception et de traitement des signalements s'effectuent 24 heures/jour, 7 jours/semaine.

Cette première étape du processus vise à prendre deux décisions, soit :

- ✓ décider si le signalement est retenu à l'aide :
  - d'un contact avec le déclarant dans le but d'apprécier :
    - la nature des faits signalés;
    - . la vulnérabilité de l'enfant.
  - de vérifications complémentaires;
  - du concept de protection.
- √ décider du degré d'urgence.

Au CJL, de 9 h à 17 h, trois intervenants répondent aux appels. De 9 h à 24 h, des intervenants d'Urgences jeunesse et du PVT répondent aux situations de crise et offrent un accompagnement immédiat tant aux partenaires qu'à la clientèle en difficulté. De 24 h à 9 h, un intervenant d'Urgences jeunesse assure la garde.

Les signalements sont retenus en fonction de critères relatifs à l'article 38 de la LPJ (*principalement les motifs d'intervention*). Le délai d'intervention entre le signalement et l'évaluation-orientation est établi selon des codes de priorité, soit :

- √ code 1 : immédiat;
- ✓ code 2:24 heures;
- ✓ code 3 : 4 jours (délai actuel : 21,8 jours; moyenne pour le Québec : 22,82 jours; délai prescrit par le MSSS : 12 jours).

<sup>145.</sup> Très majoritairement pour les 14-17 ans.

<sup>146.</sup> En vertu d'ententes interrégionales, 132 places sont réservées à Montréal et 10 places à la Montérégie.

Lorsque l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique<sup>147</sup> s'applique, les partenaires à l'Entente, concernés par la situation de l'enfant, peuvent être rassemblés en vue d'assurer une coordination efficace des vérifications.

Parallèlement, lorsqu'un retrait de l'enfant est nécessaire, des mesures d'urgence peuvent aussi s'appliquer. Elles comprennent trois dispositions :

- ✓ une consultation des parents et de l'enfant;
- √ des mesures applicables pour un maximum de 24 heures;
- ✓ une prolongation judiciaire de cinq jours ouvrables.

#### 3.5.6 L'évaluation de la situation

La deuxième étape (évaluation de la situation) vise à décider si la sécurité ou le développement est compromis. Pour prendre cette décision, les intervenants évaluent la situation en appliquant le concept de protection. Celui-ci détermine quatre grands facteurs à prendre en considération, soit :

- ✓ la nature des faits signalés : gravité, chronicité et fréquence;
- ✓ la vulnérabilité de l'enfant : conséquences des faits sur l'enfant compte tenu de son âge et de ses caractéristiques personnelles et sociales;
- ✓ l'exercice de la responsabilité parentale et la capacité parentale : ressources personnelles des parents, reconnaissance du problème et motivation à corriger la situation;
- ✓ la capacité du milieu à procurer soutien et ressources à l'enfant et à ses parents : soutien disponible auprès des proches ou des ressources du milieu pouvant contribuer à assurer la protection de l'enfant.

Pendant cette étape d'évaluation approfondie, le projet SIM-ÉO permet d'alléger le processus en protection en favorisant l'implication d'intervenants chargés d'offrir de l'aide à la famille (SIM) qui fait face à une situation de troubles de comportement ou de négligence, pendant que le É-O poursuit sa démarche.

Lorsque le signalement est retenu, le É-O procédera à l'étape de l'orientation. Les intervenants verront alors à statuer sur le régime et les mesures appropriés.

Lorsque *l'Entente multisectorielle* s'applique, les partenaires à l'Entente concernés par la situation de l'enfant doivent suivre la stratégie d'enquête qu'ils ont planifiée et par laquelle ils se sont entendus sur les rôles et les responsabilités de chacun, en fonction de leur mission respective.

Lorsque le signalement n'est pas retenu, il y a généralement référence vers d'autres établissements ou organismes. Un accompagnement personnalisé vers d'autres ressources est également préconisé, notamment vers les CLSC ou des services à l'interne du CJL. Pour le moment, cet accompagnement personnalisé se réalise surtout avec les services à l'interne du CJL.

<sup>147.</sup> Appelée Entente multisectorielle dans le reste du texte.

#### 3.5.7 L'orientation

La 3e étape (l'orientation) ne concerne que les signalements retenus après évaluation et elle vise à choisir le régime et les mesures appropriés. Le régime peut se traduire en entente sur les mesures volontaires ou procéder d'une ordonnance judiciaire. Une fois la mesure signée ou ordonnée, la situation est traitée par le SAM.

Lorsque l'Entente multisectorielle s'applique, un consensus des partenaires pour décider des mesures est visé. Cependant, chacun conserve son pouvoir de décision et l'entière responsabilité eu égard à son champ de compétence<sup>148</sup>.

#### 3.5.8 L'application des mesures

Cette 4e étape (l'application des mesures) consiste à exécuter l'entente ou l'ordonnance. Pour cette exécution, les intervenants du SAM procèdent par plan d'intervention et par PSI (lorsqu'il y a plus d'un acteur de plus d'un établissement).

À cette étape, le CJL est particulièrement mis à contribution par son Service de réadaptation et, dans une moindre mesure, par son SIM. En effet, bien que les ressources de réadaptation du CJL ne soient pas exclusives aux jeunes en protection de la jeunesse. 82 % des jeunes Lavallois (7 à 17 ans) hébergés le sont en vertu de la LPJ et 10 % en vertu de la LSSSS<sup>149</sup>.

#### 3.5.9 La révision

L'étape de la révision vise à décider du maintien des mesures ou de la fermeture du dossier. Cette étape découle de l'article 57 de la Loi : « Le directeur doit (...) vérifier que toutes les mesures sont prises pour assurer (...) un retour (...) chez ses parents (...) ou pour assurer que l'enfant bénéficie de conditions de vie appropriées à ses besoins et à son âge ».

Dans le cas où il y a fermeture du dossier, celle-ci peut se faire avec ou sans référence vers d'autres établissements ou organismes. L'accompagnement personnalisé vers d'autres ressources est favorisé.

#### 3.5.10 L'accès, l'évaluation des besoins et l'orientation

On vient de le voir, l'accès aux services liés à la LPJ est bien balisé et la porte d'entrée est connue. Il en va de même pour l'évaluation des besoins. Le problème réside dans le fait que cette porte d'entrée est trop ou mal utilisée puisque la LPJ devrait être un recours d'exception. C'est en partie ce qui expliquerait une rétention de seulement la moitié des cas immédiatement à la porte d'entrée. Cette situation pourrait aussi révéler que le bon niveau de services n'est pas connu. Il faut dire que ce niveau de service, plus spécifique, est en train de se compléter avec le développement des services de crise et de suivi intensif en CLSC.

<sup>148.</sup> Gouvernement du Québec, Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique, Québec, 2001, page 23.

<sup>149.</sup> CJL, Rapport annuel 2002-2003, page 10.

Dans une perspective d'amélioration de l'accès, le défi consiste maintenant à orienter efficacement vers le niveau de services approprié et aussi à faire connaître les nouveaux services disponibles. En plus des moyens développés dans le cadre du Protocole CLSC-CJ, la Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille suggérait une bascule téléphonique entre les dispensateurs de services peu importe le lieu où le jeune ou sa famille s'est adressé au départ. Ce moyen ou d'autres devraient être explorés.

#### 3.5.11 Le suivi et la continuité de l'ensemble du processus

#### a) Lorsque la sécurité ou le développement est compromis

L'intervention pour un enfant dont la sécurité ou le développement est compromis s'inscrit dans un processus continu formé d'étapes ordonnancées rigoureusement par un cadre légal.

De même, à l'étape de l'application des mesures, le service de réadaptation du CJL a mis en place les ressources nécessaires pour répondre de manière continue aux besoins ponctuels et variés des jeunes, particulièrement ceux qu'il héberge. Pour certains de ces services, le CJL s'associe à des ressources spécifiques ou spécialisées. Des protocoles d'intervention, des ententes de service et des protocoles de collaboration ont permis de formaliser celles-ci et de préciser les rôles respectifs et conjoints.

Voici quelques-unes de ces passerelles avec d'autres dispensateurs de services créés ou en voie de l'être qui favorisent un continuum de services :

- la mise sur pied du « Programme Ados...accrocs » avec le Centre Le Maillon;
- un projet de réinsertion sociale avec le Centre Le Maillon pour les jeunes aux prises avec des problèmes de dépendance;
- une entente entre la CSDL et le CJL pour l'accès aux services de scolarisation;
- le Protocole d'intervention en situation de problématique du suicide du CJL qui identifie les opérations clés à effectuer devant à une problématique du suicide (s'associant aux 2º et 3º niveau des partenaires régionaux);
- ✓ une entente de collaboration avec le Service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur pour les jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale persistants (en discussion);
- une entente de service médecins-CJL-Cité de la Santé (unité de médecine familiale) pour les services de santé physique aux jeunes hébergés;
- des activités conjointes CJL-TRIL;
- une association avec « Opération Placement Jeunesse », etc.

De plus, le PI est le moteur de l'articulation des interventions cliniques. En 2002-2003, le CJL considère que le personnel clinique maintient à près de 95 % le nombre de plans d'intervention réalisés dans les délais prévus<sup>150</sup>.

<sup>150.</sup> CJL, Rapport annuel 2002-2003, page 11.

D'autres améliorations sont encore souhaitées du point de vue de l'arrimage des services liés à la LPJ. Toutefois, elles relèvent davantage de responsabilités nationales et elles correspondent essentiellement aux enjeux soulevés par le Comité d'experts sur la révision de la LPJ, soit :

- √ le maintien du caractère exceptionnel de la LPJ, entre autres, par la révision des motifs d'intervention;
- ✓ la stabilisation de la situation des enfants par l'actualisation d'un projet de vie permanent pour chaque enfant placé<sup>151</sup>.

# b) Lorsque la sécurité ou le développement n'est (ne sera) pas jugé compromis

Lorsque la sécurité ou le développement n'est pas jugé ou ne sera pas jugé compromis au terme du processus ou pendant le processus d'évaluation (*en attente de la décision*), les difficultés de continuité des services et d'arrimage dans la perspective d'un réseau de services intégrés sont plus nombreuses.

À Laval, afin de pallier ces difficultés, la région de Laval a investi trois types de mesures :

- ✓ La consolidation des zones de collaboration du Protocole CLSC-CJ qui visent des enfants signalés dont la situation n'est pas prise en charge par le DPJ, mais qui présentent des besoins d'aide ou de services sociaux
  - Il est identifié que ces zones de collaboration (3,4,8) touchent les étapes de la réceptiontraitement des signalements, de l'évaluation et de fin du service de la part du centre jeunesse. Afin de donner l'aide appropriée, les CLSC et le CJL se sont dotés :
    - d'un Formulaire de référence pour les services d'accueil du CJL et des CLSC,
    - . et d'une *Grille d'analyse de demande de services CLSC-CJ*.
- ✓ Le développement du projet SIM-ÉO et du SIM par le CJL et le développement des services de crise et de suivi intensif Accès-Cible par les CLSC
  - Le projet SIM-ÉO vise à corriger la situation pendant le processus d'évaluation et tente ainsi d'éviter que la sécurité ou le développement soit jugé compromis. Le SIM du CJL et Accès-Cible des CLSC favorisent l'application de la zone 2 du protocole et visent, entre autres, à répondre à la situation suivante : « la situation donne à penser qu'il pourrait y avoir (actuellement ou dans de brefs délais) des signes de compromission, mais une intervention dans le cadre de la LSSSS apparaît possible et appropriée pour mobiliser les personnes concernées et résorber la situation 152 ».
- ✓ Une démarche régionale d'implantation des PSI qui vise tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux concernés par les jeunes, le réseau de l'éducation, les centres de la petite enfance et les organismes communautaires.

<sup>151.</sup> Recommandations tirées de Rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse, *La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager*, février 2004, pages 151-155.

<sup>152.</sup> Protocole d'entente entre les CLSC et le CJL, avril 2000, annexe 1.

Le déploiement de ces mesures s'inscrit dans le cadre de la *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*.

# 3.5.12 La qualité et l'évolution des pratiques et des milieux

On vient de le voir, ces dernières années, le domaine de l'intervention liée à la LPJ a connu une période d'effervescence. Cette effervescence témoigne d'une préoccupation constante d'améliorer les services aux jeunes et à leur famille. Cette préoccupation s'est traduite par des changements cliniques et organisationnels d'importance. Dans la perspective d'un réseau de services intégrés, les changements les plus percutants se situent au niveau de l'organisation des approches milieu, des collaborations avec les services de première ligne notamment les CLSC, et des arrimages accrus entre les services rattachés à la LPJ et l'ensemble des services du CJL.

Un certain nombre de moyens robustes ont été déployés pour prendre ces virages et accompagner l'adoption de pratiques de pointe, entre autres :

- ✓ Le Programme national de formation (PNF) et plus spécifiquement, le programme de développement des pratiques (PDP)
  - Le Programme national de formation (PNF) est un système de formation continue et intégrée qui vise à la fois les gestionnaires et les intervenants, il est axé sur le développement des compétences et sur les pratiques de gestion et d'intervention de pointe. Une attention particulière est consacrée à la supervision professionnelle. Ce plan de formation s'étale sur une période de 16 jours et il contribue à la fois à la valorisation du travail des intervenants et à son soutien.
- ✓ Le Projet intégration jeunesse (PIJ)
  - Le PIJ est un système d'information commun à tous les CJ du Québec élaboré pour répondre à plusieurs objectifs: soutien clinique, suivi plus rigoureux des usagers, information systématiquement colligée et constitution de bases de données. Le PIJ comprend quatre systèmes dont le Système d'information clientèle et le Système de soutien à la pratique (SSP: système expert aidant à la prise de décision).
- ✓ Le monitoring de l'utilisation des Plans d'intervention.
- ✓ La participation active du personnel du CJL à la démarche régionale d'implantation des Plans de services individualisés.

# 3.5.13 Les éléments de force de la région de Laval

Voici les principales forces de la région de Laval en ce qui concerne l'application judicieuse de la LPJ:

✓ La mobilisation de l'ensemble des établissements intervenant auprès des jeunes pour :

- identifier les moyens d'obtenir un meilleur accès aux services pour les jeunes en difficultés dont les signalements ne sont pas retenus puis les implanter graduellement et en concertation:
- assurer une meilleure continuité de l'intervention, en :
  - ° continuant de développer le *Protocole CLSC-CJ* et en « monitorant » rigoureusement ce déploiement,
  - ° expérimentant l'ÉIJ.
  - s'engageant fermement dans l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation et en en faisant une priorité d'organisation des services,
  - favorisant l'utilisation des plans d'intervention et des plans de services individualisés.
- utiliser les cadres de référence les plus récents et des connaissances sur les pratiques les plus prometteuses qui procèdent d'une logique d'intégration.

# 3.5.14 Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services

Comme on vient de le constater, l'organisation de services intégrés aux jeunes en difficulté et leur famille n'est pas une préoccupation nouvelle et plusieurs outils structurants rallient les acteurs clés autour de la promotion et de l'actualisation d'une telle organisation.

Pour l'essentiel, ces outils sont :

- ✓ le *Protocole CLSC-CJ* et ses huit zones de collaboration obligatoire;
- ✓ la Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille et les nombreux outils et moyens qui en découlent :
  - l'expérimentation des équipes d'intervention jeunesse et son évaluation par le MSSS;
  - la révision de la LPJ (en ce moment, le Rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager et ses recommandations (février 2004). Les recommandations ne touchent pas que le DPJ mais aussi l'ensemble des dispensateurs de services aux jeunes en difficulté);
  - le Rapport du comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille *De la complicité à la coresponsabilité*;
  - la Démarche régionale d'implantation des PSI;
  - le suivi du MSSS de la *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille* et les bilans régionaux qui seront constitués;
- ✓ l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique;
- ✓ le Protocole d'intervention en situation de problématique du suicide du CJL;
- ✓ l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation:
- ✓ le Programme national de formation (PNF);
- ✓ le Projet intégration jeunesse (PIJ).

#### 3.5.15 Des enjeux en matière d'intégration des services

La région de Laval a fait face à plusieurs des enjeux qui font consensus dans les milieux d'intervention liés à la LPJ, notamment :

- ✓ S'assurer de donner de l'aide et des services aux jeunes en difficulté dont le signalement n'est pas retenu (requis, selon les études, dans 75 % des cas).
- ✓ Réhabiliter la place privilégiée de l'intervention sociale de première ligne et de l'approche milieu qui en découle.
- ✓ Mieux partager les responsabilités entre le DPJ et les autres dispensateurs, notamment les CLSC et les autres services du CJL.

Des progrès considérables ont été franchis en ce qui concerne ces enjeux, mais ceux-ci demeurent présents.

D'une part, sur le plan national, le Comité d'experts sur la révision de la LPJ identifie à nouveau ces enjeux et suggère les grandes orientations suivantes pour améliorer l'application de la LPJ :

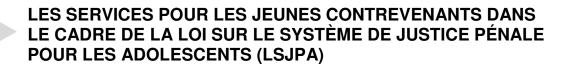
- ✓ Rappeler le caractère exceptionnel de l'intervention d'autorité auprès des enfants et des familles et adopter des stratégies en conséquence.
- ✓ Privilégier le recours à des approches consensuelles afin de limiter les recours judiciaires.
- ✓ Réaffirmer la place privilégiée de l'intervention sociale en première ligne auprès des enfants et des parents.
- ✓ Encourager des interventions terminales, c'est-à-dire des approches consensuelles parents/enfants qui permettent de corriger la situation rapidement (ex. : un mois à l'étape de l'évaluation).
- Clarifier les rôles et responsabilité du DPJ, des établissements et des autres dispensateurs reliés à l'application de cette loi.
- ✓ Proposer des solutions appropriées au régime de confidentialité eu égard aux problèmes d'accès à l'information afin d'assurer la protection des enfants.
- Élaborer un projet de vie permanent pour chaque enfant placé.

D'autre part, sur le plan régional :

✓ Nous ne connaissons pas la proportion des 60 % à 82 % des jeunes en besoin dont le signalement n'a pas été retenu qui aurait été rejointe par des services sociaux à la suite des nouvelles mesures CLSC-CJ mises en place. Toutefois, de manière empirique, le milieu estime ne pas avoir atteint la volumétrie souhaitée et surtout, identifie que les étapes de la réception et du traitement des signalements et de fin de service demeurent critiques aux fins de l'orientation vers de l'aide autre que celle accordée dans le cadre de la LPJ.

- ✓ Un « monitorage » des arrimages entre les programmes Accès-Cible des CLSC et SIM du Centre jeunesse représente un bon moyen de consolider les progrès de la région en matière de services de crise et de suivi intensif pour les jeunes ayant des difficultés d'adaptation.
- ✓ Les premières étapes de la Démarche régionale d'implantation des plans de services individualisés ont été franchies avec succès. L'utilisation du PSI demeure toutefois un défi à relever. Rappelons que cette utilisation est fondamentale dans le cadre d'un réseau de services intégrés et d'un continuum « services sociaux/éducation ».
- ✓ Plusieurs des motifs d'intervention dans le cadre de la LPJ tels la négligence et les mauvais traitements physiques réfèrent à l'exercice du rôle parental. De même, les problèmes de relation parents/enfants ou avec l'autorité représentent 40 % des principaux problèmes dans les signalements pour troubles de comportement. Or, l'aide et l'intervention, en première comme en deuxième ligne continuent d'être axées de manière prédominante sur l'enfant.
- Dix-sept pour cent (17%) du total des signalements et 55% des signalements retenus proviennent du personnel scolaire. De plus, tous les enfants et les jeunes en difficulté fréquentent l'école. À eux seuls, ces faits réaffirment l'importance de travailler en étroite collaboration avec le milieu scolaire dans les interventions de première ligne comme dans les interventions de deuxième et de troisième niveau. De fait, le jeune devrait être vu comme le client d'un seul continuum « services sociaux/éducation ». Au-delà des ententes spécifiques entre le réseau de la santé et le réseau de l'éducation, l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et de services sociaux et le réseau de l'éducation nous rappelle les objets de concertation incontournables : l'organisation de toute la gamme des services, les modalités d'accès aux services, les PI et les PSI intersectoriels.

# Trajectoire 6



SERVICES	PRESTATAIRES	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
LES MESURES DISCRÉTIONNAIRES APPLIQUÉES PAR LES POLICIERS - Arrêt des procédures et fermeture du dossier - Avertissement - Renvoi à un organisme communautaire	- Policiers .	Mesures prévues à la LSJPA pour infraction mineure sans violence
SERVICES DU CJL (à la suite d'une demande d'évaluation du substitut du procureur général) - Évaluation de l'admissibilité au programme des sanctions extrajudiciaires - Préparation des rapports prédécisionnels - Supervision des ordonnances - Suivi des jeunes en mesures probatoires, en surveillance dans la communauté ou en mise sous garde	- CJL	Processus judiciaire de la LSJPA Délégué à la jeunesse du CJL
SANCTIONS EXTRAJUDICIAIRES  (ex. : médiation avec la victime, atelier de développement des habiletés sociales, travaux communautaires)	Mesures alternatives jeunesse de Laval     (OJA)     CJL	LSJPA Délégué à la jeunesse du CJL
SANCTIONS JUDICIAIRES SOUS L'AUTORITÉ DE LA CHAMBRE DE LA JEUNESSE (tribunal pour adolescents)	- Chambre de la jeunesse	LSJPA Juge de la Chambre de la jeunesse

# **TRAJECTOIRE 6**

# 3.6 Les services pour les jeunes contrevenants dans le cadre de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA)

La présente trajectoire a trait principalement aux services rendus par le CSJ dans le cadre de la LSJPA et/ou des responsabilités confiées au directeur provincial. Il est important de noter qu'au Québec, le directeur provincial est le DPJ et qu'il y a un directeur de la protection de la jeunesse par centre jeunesse.

Notons que ces services ne sont jamais utilisés sur une base volontaire. Il s'agit toujours de services rendus en raison d'un délit commis par un jeune âgé de 12 à 17 ans et dans lesquels le jeune est introduit à la suite de la décision d'un policier, puis du substitut du procureur général.

# 3.6.1 Le contexte de la LSJPA<sup>153</sup>

La LSJPA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2003. Elle concerne les adolescents contrevenants âgés de 12 à 17 ans qui ont commis une infraction *au Code criminel* ou à d'autres lois fédérales.

Le système de justice pénale pour les adolescents demeure différent du système pour adultes en ce qui a trait aux objectifs poursuivis et aux procédures judiciaires ou extrajudiciaires qu'il comporte.

# La LSJPA vise à :

- ✓ Responsabiliser un adolescent contrevenant en l'amenant à prendre conscience des conséquences de son délit, notamment en lui faisant réparer les dommages causés à la victime et à la collectivité.
- Réinsérer un adolescent contrevenant dans la société.
- Assurer la protection du public.
- ✓ Faire participer les parents d'un adolescent contrevenant et la communauté aux mesures mises en place en vue de sa réinsertion sociale.
- Considérer les attentes de la victime du délit.

La Loi oblige les responsables de son application à tenir compte en premier lieu de la gravité de l'infraction commise par l'adolescent contrevenant qui doit assumer les conséquences de ses actes. La situation particulière de l'adolescent est également considérée dans le **choix** des interventions qui doivent être réalisées le plus souvent possible **dans son milieu de vie**.

<sup>153.</sup> Les sections 3.6.1 et 3.6.2 sont tirés de la brochure sur la Loi sur le système de justice pénale, produite par le MSSS en 2004.

De plus, la LSJPA met l'accent sur l'importance d'agir rapidement auprès des adolescents contrevenants. Elle favorise le recours à des mesures extrajudiciaires qui permettent aux adolescents contrevenants d'assumer leurs responsabilités sans devoir nécessairement comparaître devant un tribunal pour adolescents, appelé au Québec la Chambre de la jeunesse.

#### Trois types de dispositions sont prévus :

- ✓ Les mesures discrétionnaires appliquées par les policiers (fermeture du dossier; avertissement; renvoi à un organisme communautaire).
- ✓ Les sanctions extrajudiciaires sous la responsabilité du directeur provincial (au Québec, il s'agit du DPJ).
- ✓ Les sanctions judiciaires sous l'autorité de la Chambre de la jeunesse.

#### 3.6.2 Les services du CJL

Les services du CJL interviennent à la suite d'une demande d'évaluation faite par le substitut du procureur général auprès du DPJ. Le CJL s'assure de la disponibilité des services d'évaluation de l'admissibilité au programme des sanctions extrajudiciaires, de préparation des rapports prédécisionnels, de supervision des ordonnances ainsi que de suivi des jeunes en mesures probatoires, en surveillance dans la communauté ou en mise sous garde. Le CJL confie ses responsabilités à un délégué à la jeunesse, spécialiste en délinquance. Les actions du délégué à la jeunesse visent à la fois à assurer la protection du public et à favoriser la réadaptation et la réinsertion sociale de l'adolescent concerné. Il arrive que le délégué à la jeunesse fasse appel à la LPJ, il supportera alors le signalement. De même, lorsqu'un adolescent est soumis à une peine de mise sous garde, le délégué à la jeunesse aura recours aux services de réadaptation en internat du centre jeunesse.

# 3.6.3 La clientèle rejointe

Au CJL, en 2003, 688 adolescents avaient fait l'objet d'une intervention du Directeur provincial (DPJ du CJL) dans le cadre de la LSJPA.

#### 3.6.4 Les partenaires

Les activités liées à l'application de la LSJPA doivent être dispensées en étroite collaboration avec les partenaires impliqués et plus particulièrement ceux du système judiciaire, des services de sécurité publique et les organismes de justice alternative (OJA).

Les OJA jouent un rôle important auprès des jeunes contrevenants, dans le cadre la LSJPA. Ils sont appelés à appuyer et à encadrer l'adolescent dans l'accomplissement des obligations qui lui sont imposées à la suite de son renvoi par un policier à un programme ou un organisme communautaire ou à la suite de l'application de sanctions extrajudiciaires. Dans ce dernier cas, il y a collaboration entre l'OJA et le délégué à la jeunesse. Les OJA donnent accès des programmes variés (sensibilisation à la

violence, alcool et toxicomanie, résolution de problèmes, travaux communautaires) qui répondent aux besoins des jeunes contrevenants. À Laval, l'organisme Mesures alternatives jeunesse de Laval agit comme organisme de justice alternative.

Pour diriger sa clientèle vers d'autres services ou pour un partage d'information et d'expertises, le CJL est aussi en lien avec d'autres organismes communautaires tels les Maisons de jeunes, le TRIL, Diapason Jeunesse, etc. Il établit aussi des collaborations avec les CLSC, le Service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur, le Centre Le Maillon et les écoles.

# 3.6.5 Des enjeux quant à l'évolution de la pratique

La nouvelle LSJPA a entraîné des effets non négligeables sur la pratique professionnelle à l'égard des jeunes contrevenants notamment en favorisant le recours aux mesures réparatrices et communautaires. Ainsi, la surveillance dans la communauté et les suivis de type probatoire doivent être accrus. De même, les objectifs de réadaptation doivent être atteints à l'intérieur de durées d'hébergement plus courtes. Ces changements demandent encore des adaptations et du soutien à la pratique professionnelle des délégués à la jeunesse. Du point de vue d'une meilleure intégration des services, certains enjeux se situent au niveau du renforcement de liens de partenariat avec les services de réadaptation en internat du CJL et avec les organismes du milieu.

# Trajectoire 7



# LES SERVICES POUR LES JEUNES AUX PRISES AVEC DES TROUBLES MENTAUX

SERVICES	PRESTATAIRES	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
ACCUEIL-ÉVALUATION -DIAGNOSTIC* - ORIENTATION	<ul> <li>CLSC (diagnostic lorsque collaboration de médecins)*</li> <li>Médecins en pratique privée*</li> <li>CJL, CR (excluant le diagnostic) CH<sup>154</sup> (service de pédopsychiatrie) (sur référence médicale)* (milieu scolaire (excluant le diagnostic))</li> </ul>	<ul> <li>Formulaire conjoint « accueil – évaluation » des demandes de service pour référence vers SM 2º ligne</li> <li>Autres outils communs en développement</li> </ul>
SERVICES SPÉCIFIQUES DE 1RE LIGNE - Intervention et suivi individuel familial et de groupe - Orientation vers des ressources spécialisées lorsque requis - Liaison avec les environnements des jeunes - Le soutien et l'entraide aux parents	médecins)	<ul> <li>Groupe de travail régional en santé mentale</li> <li>Équipes interdisciplinaires en santé mentale (dont des agents de liaison)</li> <li>PI</li> <li>PSI</li> <li>Formulaire conjoint « accueil-évaluation » des demandes de service pour référence vers SM 2º ligne</li> <li>ÉIJ         <ul> <li>(projet pilote CLSC-CJ-CRDI-Pédopsychiatrie)</li> <li>Formation « PSI »</li> </ul> </li> </ul>
SERVICES SPÉCIALISÉS  DE 2 <sup>E</sup> ET de 3 <sup>E</sup> LIGNE  - L'évaluation pédopsychiatrique et diagnostic (2°)  - Le traitement spécialisé (3°)  - Le rôle conseil à la formation et à la supervision des intervenants (2° et 3° ligne)  - Le centre de jour (3°)  - L'hôpital de jour (3°)  - L'unité d'hospitalisation comme mesure d'exception (3°)	<ul> <li>Hôpital du Sacré-Cœur (service de pédopsychiatrie)</li> <li>Hôpital Sainte-Justine (hospitalisation des moins de 13 ans)</li> <li>Hors secteur Laval : <ul> <li>Hôpital Sainte-Justine</li> <li>Hôpital Rivière-des-Prairies</li> </ul> </li> <li>Clientèle anglophone : <ul> <li>Hôpital général juif (Montréal)</li> <li>Hôpital de Montréal pour enfants</li> </ul> </li> </ul>	<ul> <li>Groupe de travail régional en santé mentale</li> <li>Agent régional de coordination</li> <li>PI</li> <li>PSI</li> <li>ÉIJ</li> <li>(projet pilote CLSC-CJ-CRDI-Pédopsychiatrie)</li> </ul>
RÉADAPTATION /INSERTION SOCIALE  - Le soutien et la collaboration avec les environnements significatifs de l'enfant  - Les mesures scolaires spécifiques : classes ordinaires et spécialisées	<ul> <li>Hôpital du Sacré-Cœur (Centre de jour)</li> <li>CLSC, CJ, CRDI</li> <li>Milieu scolaire</li> <li>OC</li> </ul>	Ententes entre le milieu scolaire et les établissements du réseau (Hôpital du Sacré-Cœur et CH Sainte-Justine)     Classes spécialisées     PSI     Formation « PSI »

<sup>\*</sup> Établir un diagnostic relève de la pratique médicale.

<sup>154.</sup> Le centre hospitalier affecté au secteur de Laval est l'Hôpital du Sacré-Cœur. D'autres centres hospitaliers peuvent être interpellés.

# **TRAJECTOIRE 7**

# 3.7 Les services pour les jeunes aux prises avec des troubles mentaux

« On s'entend généralement pour définir la santé mentale comme "un état d'équilibre psychique qui résulte des interactions entre des facteurs biologiques, psychologiques et contextuels". Ces facteurs réfèrent respectivement aux composantes génétiques et physiologiques, aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, ainsi qu'aux facteurs situant la personne dans un environnement et en constante relation avec son milieu<sup>155</sup> ».

Ainsi, dans la littérature, on a tendance à répertorier dans la gamme des services de santé mentale, les activités de promotion et de prévention, les services pour les jeunes dont la santé mentale est menacée en raison de la présence de facteurs de risque reconnus, les services de santé mentale qui ont trait à des troubles mentaux transitoires et sévères. Dans la présente trajectoire, ce sont les services liés aux troubles mentaux que nous décrirons, les autres services étant décrits dans les trajectoires de l'offre de service de promotion et de prévention pour les jeunes de 5 à 17 ans et de l'offre de service psychosocial pour les jeunes ayant des difficultés d'adaptation. Il s'agit donc ici de la description des services spécifiques et spécialisés de santé mentale pour les jeunes présentant des troubles mentaux.

Le présent portrait de cette trajectoire correspond à la fois au portrait de l'organisation actuelle des services existants pour les enfants et les jeunes présentant des troubles mentaux transitoires et sévères et à la transformation de cette organisation à ce jour. Cette transformation préconisée par le MSSS (*Plan d'action 2005-2008, version de janvier 2005 en consultation*) revêt les enjeux principaux suivants :

- √ le renforcement de la 1<sup>re</sup> ligne;
- ✓ la hiérarchisation des services;
- √ les corridors entre les lignes de services;
- ✓ la consultation et la formation:
- √ la place des cliniciens généralistes et pédiatres et les collaborations essentielles.

Ces enjeux de l'organisation des services de santé mentale aux jeunes font aussi partie de la Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille et de l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation.

À Laval, un groupe de travail régional coordonné par l'ASSSL et composé de prestataires de ces services a été constitué en 2003 afin d'implanter une organisation de services qui saura répondre à ces enjeux. Les membres du groupe de travail sont, depuis le début, l'ASSSL, les CLSC de Laval et le Service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur. Puis, les organismes suivants se sont joints à eux, récemment :

- ✓ le CJL:
- ✓ le CRDI Normand-Laramée;
- √ la CSDL;
- ✓ une omnipraticienne.

<sup>155.</sup> Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, Avis, recommandations pour les services aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux et à leur famille, mars 2003, page 12.

Ce groupe de travail sera aussi tenu informé des travaux régionaux autour d'un *Projet de programmation clinique régionale pour les jeunes présentant des TDA/H*<sup>156</sup>, produit par l'Agence de santé et de services sociaux de Laval en juin 2004. Ce projet découle du cadre de référence *Vers une programmation régionale de soins et de services du TDA/H* qui a été conçu par la Régie régionale de Laval en collaboration avec la CSDL (mars 2002), à la suite d'une importante recherche effectuée dans la région concernant cette problématique. Une attention particulière doit être portée à l'arrimage et à la cohérence entre l'organisation des services de santé mentale aux jeunes et le projet d'intervention spécifique aux jeunes présentant des TDA/H qui sera adopté par les deux réseaux de service.

# 3.7.1 Quelques données de prévalence

Depuis une dizaine d'années, les études épidémiologiques canadiennes estiment la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les jeunes à environ 20 %. Parmi ceux-ci, 1,13 % sont susceptibles de vivre une pathologie psychiatrique sévère<sup>157</sup>. Dans son *Plan d'action en santé mentale 2005-2008 (en consultation*), le MSSS confirme ces données de prévalence. Il fait état d'une prévalence de 15 à 20 % de troubles mentaux chez les jeunes de moins de 18 ans dont le tiers sont graves<sup>158</sup>. Ces données appliquées à la population des jeunes de 5 à 17 ans de Laval (*57 279 jeunes*) nous indiquent qu'entre 8 600 et 11 500 jeunes vivront un problème de santé mentale et qu'autour de 3 000 d'entre eux seront affectés par un trouble mental grave.

À lui seul, le TDA/H représenterait le tiers des références aux services de santé mentale destinés aux enfants. Sur le territoire de Laval, le taux général de traitement par psychostimulants est de 4,56 % chez les élèves du primaire des écoles publiques de Laval (1999)<sup>159</sup>. Il s'agit donc de quelque 1 350 élèves<sup>160</sup>. Ce traitement est effectué du niveau préscolaire à la 6<sup>e</sup> année, plus spécifiquement :

- ✓ la progression atteint son apogée en 3<sup>e</sup> année;
- √ la progression est la plus forte entre le niveau préscolaire et la 1<sup>re</sup> année.

# 3.7.2 Description

Par troubles mentaux, on entend : « les maladies mentales caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur et du comportement (*ou une combinaison des trois*), associées à une importante détresse et à un dysfonctionnement. Les symptômes de la maladie mentale varient de légers à graves, selon le type de maladie, la personne, la famille et l'environnement socioéconomique <sup>161</sup> ».

L'articulation des services généraux, spécifiques et spécialisés liés à la santé mentale « doit être faite en fonction de la gravité des manifestations des troubles mentaux en référant à des connotations

144

<sup>156.</sup> TDAH: Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

<sup>157.</sup> Hôpital Charles-LeMoyne, Grandir en santé mentale en Montérégie, page 19.

<sup>158.</sup> MSSS, Plan d'action en santé mentale 2005-2008 (en consultation), janvier 2005, page 9.

<sup>159.</sup> Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Déficit d'attention/hyperactivité : perception des acteurs et utilisation de psychostimulants, page 41.

<sup>160. 29 670</sup> enfants lavallois de 5-11 ans x 4,56 %.

Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, Avis, recommandations pour les services aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux et à leur famille, page 12.

telles que graves, intenses et persistants <sup>162</sup> ». En ce qui concerne les jeunes, il est effectivement conseillé d'appuyer la décision du type d'intervention et le choix du dispensateur de service sur le degré de gravité davantage que sur le diagnostic, cela afin d'éviter la stigmatisation. Toutefois, un certain consensus se dégage des plus récents travaux dans le domaine de la santé mentale « jeunesse » pour mieux circonscrire la cible des services tout en favorisant la fluidité entre les niveaux de services. Ces services visent aussi à porter une attention particulière aux enfants et aux jeunes dont un des parents présente un trouble de santé mentale.

À Laval, les services spécifiques existants et en développement des guatre CLSC sont :

- √ des activités d'accueil, d'évaluation et d'orientation;
- ✓ l'évaluation-diagnostic médical et le traitement biopsychosocial (*l'aspect médical est en développement*);
- √ l'intervention et le suivi individuel et familial;
- √ l'orientation vers des ressources spécialisées lorsque requis;
- ✓ la liaison avec les environnements des jeunes, dont le milieu scolaire, les organismes communautaires, etc.;
- ✓ le soutien et l'entraide aux parents.

L'ensemble de ces services peut être offert en amont et en aval des services spécialisés et en complémentarité directe.

Les services spécialisés de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur s'exercent de façon prépondérante aux niveaux de la deuxième et de la troisième ligne et comprennent :

- √ des services d'urgence;
- ✓ la consultation thérapeutique (le traitement spécialisé);
- ✓ des cliniques externes :
  - . pour nourrissons : intervention qui cherche à harmoniser les relations parents-nourrissons et à désamorcer des crises relationnelles à leur début;
  - . pour adolescents : évaluation et traitement psychiatrique ambulatoire.
- ✓ le centre de jour (pour les enfants de 2 à 6 ans : traitement global, précoce et intensif de l'enfant chez qui on a identifié des troubles sévères et complexes du développement);
- ✓ l'hôpital de jour (pour les 13 à 17 ans; suivi quotidien : convalescence, consolidation d'acquis, intégration familiale, sociale et scolaire et/ou évaluation plus approfondie et traitement globalisant et intensif);
- ✓ l'hospitalisation (pour les 13 à 17 ans : traitement psychiatrique intensif et pour problématiques aiguës);
- ✓ le rôle conseil à la formation et à la supervision des intervenants.

À vocation universitaire, le service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur est également un lieu de formation pour les stagiaires de diverses disciplines, des résidents en psychiatrie et externes en médecine. Il dispense aussi des activités de formation continue qui peuvent être accessibles aux partenaires.

<sup>162.</sup> Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, Avis – Recommandations pour les services aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux et à leur famille, pages 9,15.

#### 3.7.3 Les prestataires de services

# a) Les CLSC, les médecins en pratique privée et le service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur

Dans le réseau public de soins et de services, les prestataires de services spécifiques et spécialisés en santé mentale pour les jeunes sont les CLSC ( $I^{re}$   $ligne^{163}$ ) et les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ( $2^e$  ligne).

À Laval, les quatre CLSC ont constitué des équipes de santé mentale rattachées aux équipes FEF. Le Service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur a, quant à lui, le mandat d'offrir les services de deuxième et de troisième ligne pour les jeunes de Laval, sauf pour l'hospitalisation des enfants ayant moins de 13 ans, confiée nommément à l'Hôpital Sainte-Justine. Outre l'hospitalisation, l'Hôpital Sainte-Justine et l'Hôpital Rivière-des-Prairies offrent des services de deuxième et de troisième ligne aux jeunes Lavallois. Ces hôpitaux ne sont toutefois pas affectés au secteur de Laval. De plus, leur intervention est sollicitée pour les cas de jeunes Lavallois avec des troubles de santé mentale et présentant des problèmes multiples (principalement l'Hôpital Rivière-des-Prairies). L'Hôpital général juif (Montréal) et l'Hôpital de Montréal pour enfants offrent les services de deuxième et de troisième ligne aux jeunes anglophones.

Enfin, les médecins en pratique privée, généralistes et pédiatres, sont interpellés par les parents et le milieu scolaire pour évaluer des problèmes de santé mentale et, le cas échéant, exercer un suivi médical qui peut inclure la prescription d'une médication. Il est souhaité que des liens formels de collaboration entre eux et les services des CLSC soient créés. Il s'agit d'un enjeu majeur pour l'ensemble des partenaires.

#### b) Les partenaires

Le CJL, le Centre Le Maillon et le Centre de réadaptation Normand-Laramée offrent une aide aux jeunes ayant des troubles mentaux qu'ils desservent. Ils font un suivi de première ligne et réfèrent et/ou consultent les services de deuxième ligne, au besoin. Notons toutefois que, pour les enfants et les jeunes aux prises avec un TED accompagné ou non d'une DI, les CRDI se sont vu confier la responsabilité d'offrir les services à ces enfants. À Laval, le CRDI Normand-Laramée assume cette responsabilité.

Le milieu scolaire, en accueillant quotidiennement la très grande majorité des jeunes de 5 à 17 ans, détecte les enfants aux prises avec des problèmes de santé mentale, identifie et évalue leurs besoins et leurs capacités. Certains d'entre eux révéleront des difficultés plus graves et persistantes. Le milieu scolaire dirige ceux-ci vers les médecins en pratique privée, les CLSC et les services de pédopsychiatrie. Dans le cadre des travaux sur la hiérarchisation des services, cette pratique de référence sera ajustée. Il est prévu que l'orientation des jeunes par le milieu scolaire vers les services de première ligne du CLSC soit accrue, moyennant les ressources appropriées. Par ailleurs, la CSDL

-

<sup>163.</sup> En ce moment, les services de première ligne en CLSC peuvent parfois inclure la collaboration de médecins dont l'employeur est le CLSC ou des médecins en pratique privée. La région souhaite toutefois développer cette approche bio (médicale)-psychosociale à tous les services de première ligne des CLSC en santé mentale pour les jeunes.

met à la disposition des élèves, des ordres d'enseignement préscolaire, primaire et secondaire, présentant des troubles mentaux<sup>164</sup> des services en classes ordinaires ou spécialisées, dans le but de les scolariser de manière appropriée. Ces regroupements permettent entre autres que l'enseignant et les enfants soient accompagnés de ressources professionnelles, notamment en psychologie et en orthophonie et bénéficient de ressources de soutien en éducation spécialisée. Ces ressources proviennent entièrement du milieu scolaire.

Les organismes communautaires peuvent accueillir un certain nombre de jeunes aux prises avec des troubles de santé mentale. Ils peuvent ainsi les orienter au système de soins et de services. Il faut aussi les considérer comme des agents importants auprès des jeunes dans les parcours d'inclusion de populations marginalisées ou même exclues pour une foule de problématiques dont celle de la santé mentale. Les maisons de jeunes et les organismes communautaires tels le TRIL, Oasis, le Bureau de consultation-jeunesse (BCJ), Diapason Jeunesse, Mesures alternatives jeunesse de Laval, la Maison d'hébergement l'Envolée, Jeunes au travail font partie de ces agents d'insertion sociale. L'Îlot – Service régional de crise de Laval offre une réponse téléphonique aux jeunes suicidaires, puis les oriente au besoin, vers des ressources qui offrent des services d'évaluation.

#### 3.7.4 L'utilisation des services : un ordre de grandeur

En se référant aux travaux de l'Association des CLSC-CHSLD<sup>165</sup> sur les services de santé mentale aux jeunes, on estime que les CLSC devraient viser à rejoindre par leurs services spécifiques de santé mentale environ 1 500 enfants et jeunes Lavallois (0 à 17 ans). (Selon les Projections de population de l'Institut de la statistique du Québec, il y aurait, en 2004, 74 981 jeunes Lavallois de 0 à 17 ans).

Le TABLEAU 28 donne un aperçu du recours aux services spécifiques de santé mentale des CLSC en 2003-2004. Dans ce tableau, on remarquera que nous avons aussi comptabilisé des adultes (18 à 45 ans). Il s'agit de services offerts aux parents éprouvés par des problèmes de santé mentale de leur enfant. Dans certaines situations, le PI concerne autant le parent que l'enfant. Notons aussi que les CLSC ont commencé à proposer des services spécifiques de santé mentale aux jeunes à l'automne 2002.

TABLEAU 28 Nombre de jeunes et de familles Lavallois ayant reçu des services spécifiques de santé mentale et nombre d'interventions, quatre CLSC de Laval - 2003-2004

Nombre d'usagers différents ayant reçu des services spécifiques de santé mentale	Marigot	Mille-Îles	Ruisseau- Papineau	Sainte-Rose de Laval	Laval
0 à 17 ans	63	51	89	89	292
18 à 45 ans	149	96	118	192	555
Total	212	147	207	281	847
Nombre d'interventions					
0 à 17 ans	624	317	942	679	2 562
18 à 45 ans	1 503	724	1 057	892	4 176
Total	2 127	1 041	1 999	1 571	6 738
Nombre moyen d'interventions par usager					
0 à 17 ans	10	6	10	8	8,5
18 à 45 ans	10	8	9	5	8

Source: SIC-CLSC 2003-2004 : Centre d'activité sélectionné : 6930; Profils d'intervention sélectionnés : 310, 410, 810, Ruisseau-Papineau : données de 2004-2005.

Agence de santé et de services sociaux de Laval

<sup>164.</sup> Dans le milieu scolaire, on utilise le vocable enfants relevant de la psychopathologie.

<sup>165.</sup> L'offre de service de première ligne en santé mentale, Document de travail de Jean-Luc Parenteau, 2004, À partir de données populationnelles et de données d'utilisation des services, l'Association des CLSC-CHSLD du Québec propose de viser à rejoindre 20 % des 10 % de jeunes susceptibles de développer des troubles transitoires, (74 981x10%) x2 0 % = 1 500.

Un virgule treize pour cent (1,13%) des jeunes risquent de vivre un trouble de santé mentale sévère. Selon cette donnée, il y aurait quelque 850 jeunes Lavallois qui pourraient être rejoints par des services spécialisés de pédopsychiatrie.

Le TABLEAU 29 indique que le service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur qui dessert la région de Laval a accueilli 578 jeunes Lavallois en 2003-2004 et 547 en 2004-2005. Dans le cadre de la hiérarchisation des services de santé mentale aux jeunes, un certain nombre de ces jeunes pourra recourir aux services de première ligne. Par ailleurs, bien que nous ne connaissons par leur nombre, une certaine quantité de jeunes profitent des services de santé mentale de deuxième ligne d'autres hôpitaux de la région de Montréal.

TABLEAU 29 Bilan des activités cliniques du Service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur pour les 0 à 17 ans de la région de Laval - 2003-2004/2004-2005

Date	Nbre de demandes* Laval et Montréal	Nbre de demandes* Laval	Provenance	Délai entre la demande et l'évaluation
2003-2004	955	578	CLSC 10 % Urgence 14 % École 1 % Professionnels** 62 % Autres 13 %	70 % des patients ont été évalués dans les 63 jours
2004-2005	882	547	CLSC 8 % Urgence 15 % École 1 % Professionnels** 65 % Autres 11 %	77 % des patients ont été évalués dans les 55 jours
Proportion des jeunes Lavallois (Moyenne)		61 %		

Source : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Service de pédopsychiatrie, (19 avril 2005).

#### 3.7.5 Les portes d'entrée et l'accès

Comme dans les autres régions du Québec, trois portes d'entrée principales sont actuellement utilisées quand un enfant ou un jeune Lavallois a un besoin de service de santé mentale.

Pour les services spécifiques de première ligne en santé mentale, il s'agit :

- ✓ des CLSC (qui peuvent couvrir la dimension biologique lorsqu'il y a collaboration avec des médecins);
- ✓ des médecins en pratique privée, omnipraticiens et pédiatres.

Pour les services **spécialisés** de deuxième ligne en santé mentale, il s'agit :

- ✓ principalement du service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur;
- ✓ des services de pédopsychiatrie d'autres hôpitaux, dont l'Hôpital Sainte-Justine, qui a entre autres pour mandat l'hospitalisation des enfants de moins de 13 ans et l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

<sup>\*</sup> La plupart des demandes se poursuivent en intervention/suivi.

<sup>\*\*</sup> Professionnels qui ne sont pas des CLSC, de l'urgence ou de l'école, dont des médecins et des psychologues, en pratique privé pour la plupart.

L'embauche récente d'un agent régional de coordination pour les services de santé mentale jeunesse de première ligne et les services de pédopsychiatrie vise le développement d'un guichet privilégié en première ligne et des liens fonctionnels entre les rôles des services de première ligne et ceux des services spécialisés.

En ce qui concerne les médecins en pratique privée, il y a lieu de noter qu'on a tendance à sousestimer cette porte d'entrée en raison de la rareté des liens formels entre eux et les services de première ligne des CLSC.

Les jeunes déjà suivis par le CJL, le CRDI Normand-Laramée ou le Centre le Maillon obtiennent de ces établissements une aide de première ligne. Par la suite, des collaborations peuvent s'établir avec les dispensateurs des services de santé mentale aux jeunes (*CLSC*, *médecins*, *pédopsychiatrie*).

#### 3.7.6 L'évaluation et l'orientation

L'ensemble des prestataires aux portes d'entrée des services de santé mentale exerce des fonctions d'évaluation et d'orientation. Encore là, le groupe de travail régional en santé mentale est à définir les mécanismes de référence et à doter la région d'outils communs d'évaluation qui permettront, entre autres :

- √ des évaluations approfondies en première ligne, lorsque requis;
- ✓ une meilleure orientation de la demande, au bon moment:
- √ des évaluations conjointes, par opposition à des évaluations faites en parallèle qui peuvent devenir répétitives pour les usagers et causer un dédoublement pour les organisations de service.

#### 3.7.7 L'intervention, le suivi et la continuité

Les services de santé mentale peuvent être offerts du début à la fin par le même établissement ou organisme, faire l'objet de relais d'un organisme à l'autre ou encore être donnés conjointement, entre partenaires.

Rappelons ici l'offre de service des dispensateurs aux étapes de l'intervention et du suivi.

#### CLSC de Laval:

- ✓ le traitement biopsychosocial (*l'aspect biologique est en développement*);
- √ la consultation thérapeutique et le suivi de type individuel et familial;
- √ l'orientation vers des ressources spécialisées lorsque requis;
- ✓ la liaison avec les environnements des jeunes, dont le milieu scolaire, les organismes communautaires, etc.;
- ✓ le soutien et l'entraide aux parents.

Les médecins en pratique privée, généralistes ou pédiatres, peuvent offrir en tout ou en partie des services de même type que les CLSC.

# Services de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur<sup>166</sup> :

- √ des services d'urgence;
- ✓ la consultation thérapeutique (le traitement spécialisé);
- √ des cliniques externes :
  - . pour nourrissons : intervention qui cherche à harmoniser les relations parents-nourrissons et à désamorcer des crises relationnelles à leur début;
  - . pour adolescents : évaluation et traitement psychiatrique ambulatoire.
- ✓ le centre de jour (pour les enfants de 2 à 6 ans : traitement global, précoce et intensif de l'enfant chez qui on a identifié des troubles sévères et complexes du développement);
- ✓ l'hôpital de jour (pour les 13 à 17 ans; suivi quotidien : convalescence, consolidation d'acquis, intégration familiale, sociale et scolaire et/ou évaluation plus approfondie et traitement globalisant et intensif);
- ✓ l'hospitalisation (pour les 13 à 17 ans : traitement psychiatrique intensif et pour problématiques aiguës);
- ✓ le rôle conseil à la formation et à la supervision des intervenants.

Comme à l'étape de l'évaluation, nous comprenons de l'examen de l'offre de service de santé mentale aux jeunes que les liens entre les prestataires de services affectés au secteur de Laval sont en train d'être formés, que les outils de liaison se développeront et qu'on vise à offrir les services de manière concertée et complémentaire. Comme appui à sa transformation des services de santé mentale pour les jeunes, la région de Laval compte sur des balises et des acquis nationaux et régionaux. Nommons-en quelques-uns :

- ✓ la LSSSS prévoit l'utilisation d'un PI et d'un PSI, et la région favorise leur déploiement, entre autres, par de la formation et du « coaching »;
- ✓ les liens avec le milieu « école » peuvent se tisser de manière formelle dans le cadre du PI sous la responsabilité du directeur d'école (ce plan engage les parents et le personnel enseignant) ou prendre une autre forme, convenue entre institutions. De plus, des travaux se poursuivent entre les deux réseaux pour arrimer le PI du milieu scolaire et le PSI du réseau de la santé et des services sociaux;
- √ les équipes de santé mentale des CLSC permettent du soutien et de la collaboration entre les dispensateurs de services;
- ✓ l'embauche d'un agent régional de coordination pour les services de santé mentale jeunesse de première ligne et les services de pédopsychiatrie;
- ✓ les services de pédopsychiatrie comprennent un rôle de conseil et de formation auprès des intervenants de première ligne sur la base de discussion de cas. À Laval, en ce moment, cette consultation est systématisée avec le CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau et prend la forme de rencontres statutaires entre l'équipe du CLSC et le service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur. Ce type de soutien pourrait être étendu aux autres territoires de CLSC;

.

<sup>166.</sup> Hôpital ayant le mandat de donner les services de pédopsychiatrie aux jeunes de Laval.

✓ le CLSC-CHSLD du Marigot, le CJL, le CRDI Normand-Laramée et le service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur font partie de l'ÉIJ (projet pilote<sup>167</sup>) aux fins de coordination des services aux jeunes cumulant plusieurs problématiques (dont celle de la santé mentale) et pour lesquels les mécanismes habituels de collaboration ont atteint leurs limites. Il s'agit d'une expérimentation de coordination formelle de services entre plusieurs établissements qui intervenant auprès d'un même jeune.

L'ensemble de ces acquis et initiatives de collaboration correspondent à la pratique de « soins partagés » que le MSSS enjoint aux régions d'adopter dans son *Plan d'action en santé mentale 2005-2008 (document de consultation)* 168.

Par ailleurs, au cours de la validation du portrait de cette trajectoire sur les services pour les jeunes aux prises avec des troubles mentaux par le groupe de travail régional sur la santé mentale des jeunes, des enjeux importants se sont profilés du point de vue de la continuité des services et du suivi. Pour l'essentiel, il s'agit des liens avec les hôpitaux qui ne sont pas spécifiquement affectés au secteur de Laval et l'insertion et/ou la réinsertion des jeunes avec des troubles aigus et complexes en milieu scolaire. Ces deux situations demandent à être documentées davantage et, le cas échéant, des meilleures voies de passage et de collaboration doivent être identifiées. Notamment, l'aide et la collaboration avec le milieu scolaire demeurent un défi à relever en ce qui concerne l'amélioration des services pour le jeune, la famille et le milieu scolaire.

« À noter que le traitement ou une partie du traitement de plusieurs conditions psychiatriques s'effectue par l'entremise de mesures éducatives appropriées dans le milieu de vie du jeune, c'est-à-dire à l'école ou à la maison. Sans nier les difficultés ou les pathologies chez les jeunes, nous croyons qu'un jeune ce n'est pas réductible à un diagnostic, à une étiquette ou à un statut de patient, c'est d'abord un être aux nombreuses facettes avec ses possibilités en devenir et des limites, ses sensibilités et ses vulnérabilités. Les jeunes n'appartiennent pas à la psychiatrie, mais bien à eux-mêmes et aux adultes responsables qui les entourent, les parents d'abord (ou leurs remplaçants) ainsi que les professeurs-éducateurs qui ont une part d'autorité sur eux. La psychiatrie peut aider les jeunes et ceux qui les entourent<sup>169</sup> ».

# 3.7.8 Les ressources et les budgets

Depuis 2001, un total de 703 853 \$ a été alloué aux quatre CLSC de la région pour les services de santé mentale aux jeunes. Voici la séquence de ces allocations :

✓ 2001: 240,000 \$
 ✓ 2002: 337,000 \$
 ✓ 2003: 126,853 \$
 ✓ 2004: 77,000 \$

<sup>167.</sup> Projet pilote à partir du territoire du Marigot mais accueillant les demandes de tous les territoires.

<sup>168.</sup> MSSS, Plan d'action en santé mentale 2005-2008, Document de consultation, janvier 2005. Page 17.

<sup>169.</sup> Site Internet du Pavillon Albert-Prévost, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Rubrique : Service de pédopsychiatrie- Cliniques externes générales.

Grâce à ces investissements, les CLSC de Laval ont formé des équipes de santé mentale associées aux équipes d'intervenants des programmes FEJ. Le portrait qu'on peut en lire au TABLEAU 4 permet de constater que ces équipes sont multidisciplinaires.

TABLEAU 30 Ressources dédiées aux services spécifiques de santé mentale aux jeunes dans chaque CLSC de Laval

Marigot	Mille-Îles	Ruisseau-Papineau	Sainte-Rose de Laval
<ul> <li>1 ergothérapeute 5 j/sem. : évaluation, liaison interne et externe, traitement et rôle conseil</li> <li>1 psychologue 5 j/sem. : traitement et rôle conseil</li> <li>1 psychologue (3,5 j/sem.) : traitement et rôle conseil</li> </ul>	<ul> <li>1 psychologue 4 j/sem. : traitement et rôle conseil</li> <li>1 trav.soc. 3 j/sem. : traitement et rôle conseil</li> </ul>	<ul> <li>1 psychologue 4 j/sem.: traitement et rôle conseil</li> <li>2 psychologues à</li> <li>2 j/sem.: traitement et rôle conseil</li> <li>1 psychoéducateur</li> <li>5 j/sem.: traitement et rôle conseil</li> <li>1 psychoéducateur</li> <li>1 j/sem.: traitement et rôle conseil</li> </ul>	<ul> <li>1 psychologue à 5 j/sem. : liaison interne et externe et rôle conseil</li> <li>1 psychologue 5 j/sem. : traitement et rôle conseil</li> <li>1 psycho-éducateur</li> <li>3 j/sem. : traitement et rôle conseil</li> </ul>

<sup>\*</sup> De plus, le budget annuel de 77 000 \$ dégagé en 2004 permet l'embauche d'un agent régional de coordination pour les services de santé mentale jeunesse de 1<sup>re</sup> ligne et les services de pédopsychiatrie.

# 3.7.9 L'évolution des pratiques et des milieux

Comme on vient de le voir, dans le domaine de la santé mentale « jeunesse », les pratiques et les milieux sont en pleine effervescence, et ce, à travers le Québec. Les services de santé mentale sont en profonde transformation en raison, entre autres, de l'évolution des connaissances sur la santé mentale des jeunes, de l'accroissement des demandes de consultation, de la convergence de nombreux modèles d'organisation de services **intégrés** de santé mentale pour les jeunes et de la volonté gouvernementale d'augmenter l'accessibilité à ces services en première ligne. Avec son plan d'action national en parachèvement, le MSSS vient confirmer la priorité de la réorganisation des services de santé mentale et camper définitivement les orientations que celle-ci devra prendre.

À Laval, le groupe de travail régional s'appuie sur les cadres de référence officiels et les plus récents pour proposer une organisation en réseau des services de santé mentale aux jeunes et à leur famille. Les travaux visent à :

- ✓ établir l'offre des différents dispensateurs (CLSC, médecins en CLSC, médecins en pratique privée, pédopsychiatrie), leurs responsabilités respectives et conjointes;
- ✓ identifier les corridors de service, les zones de collaboration et mettre en place les ententes appropriées;
- √ mettre en place les procédures et les outils communs d'évaluation et de référence;
- ✓ mettre en place un mécanisme de suivi.

Leurs travaux s'intégreront à la démarche de réalisation d'un plan d'action régional (à la suite du Plan d'action national) ainsi qu'à l'implantation du projet clinique prévu par la mise en place du CSSS.

Des transformations ou des ajouts de services dans l'environnement des services de santé mentale aux jeunes font aussi partie des faits saillants de l'évolution de la pratique en santé mentale. Parmi ceux-ci, les services de crise et de suivi intensif *Accès-Cible* des CLSC, l'ÉlJ et, plus généralement, les services conjoints CLSC-CJ auprès des jeunes en difficulté, le *Programme jeunesse multiproblématique* entre le CJL et le CRDI Normand-Laramée. Le développement de ces services favorise une collaboration accrue entre établissements, une vision commune des besoins des jeunes en difficulté, l'identification des places respectives des services généraux, spécifiques et spécialisés, l'expérimentation de services (*plus et mieux*) intégrés. Bref, tout cela contribue à la mise en place de conditions favorables à la transformation des services de santé mentale aux jeunes dans la région.

# 3.7.10 Les éléments de force de la région de Laval

La région de Laval peut compter sur plusieurs forces pour réussir l'organisation de son offre de service de santé mentale pour les jeunes qui sont aux prises avec des troubles de santé mentale. Voici ces principales forces :

- ✓ La reconnaissance, par tous les acteurs concernés de première ligne et de deuxième ligne, de la santé mentale des jeunes comme une priorité commune.
- ✓ La décision de la région d'investir cette sphère d'activités en première ligne.
- ✓ Le choix régional d'investir, malgré des ressources limitées, d'investir dans des services spécifiques en première ligne.
- ✓ Le soutien du service de pédopsychiatrie de deuxième et de troisième ligne.
- ✓ L'utilisation des cadres de référence les plus récents et des connaissances sur les pratiques les plus prometteuses pour bâtir la nouvelle offre de service.
- ✓ Le regroupement des principaux acteurs au sein du groupe de travail régional intersectoriel, leur collaboration étroite et l'appropriation mutuelle du rôle de chacun au regard des services de santé mentale aux jeunes.
- ✓ Les liens avec le milieu scolaire et la recherche de meilleurs arrimages.

# 3.7.11 Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services

Comme on l'a décrit dans la section sur l'évolution des pratiques et des milieux, il se dégage un consensus autour des modèles d'organisation des services de santé mentale aux jeunes, et ceux-ci font l'objet de cadres de référence, de documents d'orientation ou encore d'avis. Par leurs approches et constats communs, ils constituent tous des balises et des modèles porteurs d'une organisation de services intégrés. Voici quelques-uns de ces ouvrages :

- ✓ L'Avis du Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale : Recommandations pour les services aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux et à leur famille (mars 2003).
- ✓ L'offre de service de première ligne en santé mentale, Association des CLSC-CHSLD du Québec, Document de travail de Jean-Luc Parenteau, 2004.
- ✓ Le projet d'implantation d'un réseau intégré de services pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale, *Grandir en santé mentale en Montérégie*.
- ✓ Le rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés aux enfants, aux jeunes et à leur famille (MSSS) De la complicité à la coresponsabilité (avril 2004).

L'ensemble des orientations contenues dans ces ouvrages sont maintenant intégrées dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2008 (*en consultation*) du MSSS.

En ce qui concerne plus spécifiquement le TDA/H, voici les documents de référence qui devraient soutenir une démarche d'organisation de services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation :

- ✓ Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité: Projet de programmation clinique régionale. Ce document de l'Agence de santé et de services sociaux de Laval, produit en juin 2004 consiste en une mise à jour du projet de programmation régionale proposé en 2002. Le but est de développer une harmonisation des outils et des services par l'entremise de la concertation et la mise en place des meilleures pratiques cliniques reconnues par les experts.
- ✓ Vers une programmation régionale de soins et de services du Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (mars 2002). Ce projet de programmation régionale de soins et de services du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval est basé sur une étude menée à Laval, notamment sur le processus de prise en charge des enfants à partir des différents acteurs impliqués (CLSC (y incluant les médecins qui y pratiquent), médecins en pratique privée, milieu scolaire, etc.). Il comprend une proposition d'organisation de services intersectorielle, l'identification de partenaires prêts à expérimenter cette organisation dans la région de Laval, un cheminement selon les types de services utilisés, des fiches d'évaluation des besoins standardisées, des fiches de liaison et des grilles d'observation et de suivi parent/école/enfant.
- ✓ Le plan d'action du gouvernement du Québec, Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes, Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (2000).

# 3.7.12 Des enjeux de l'organisation de services intégrés

La présente description de la trajectoire des services de santé mentale aux jeunes et des documents de référence sur l'organisation de ces services suggère un certain nombre d'enjeux du point de vue

de la disponibilité des services souhaités, de l'accès, de la continuité et de l'évolution des pratiques. Les voici brièvement résumés :

# a) L'offre de service (disponibilité des services souhaités)

- ✓ Continuer de renforcer les services de première ligne des CLSC (comprenant le traitement biopsychosocial au CLSC).
- ✓ Créer les liens nécessaires entre les médecins, omnipraticiens et pédiatres, en pratique privée et les services de première ligne des CLSC.
- ✓ Rendre ces services de première ligne disponibles de façon à ce qu'ils correspondent au niveau de besoins des jeunes de la région (*implique des ajouts de ressources*).
- ✓ Optimiser l'offre de service de santé mentale pour les 6-12 ans, notamment en renforçant les collaborations et les corridors de services.

# b) L'accès

- ✓ Établir une hiérarchisation organisée des services : guichet « privilégié » au CSSS de Laval avec des lignes de référence précisées, et soutenir par du développement.
- ✓ Clarifier le rôle des hôpitaux hors région (Sainte-Justine et Rivière-des-Prairies) et consolider des ententes, au besoin.

# c) La continuité

- ✓ Se doter de mécanismes de liaison efficaces entre tous les dispensateurs et partenaires, notamment le réseau de la santé et des services sociaux et le milieu scolaire, en tenant compte des réalités différentes des secteurs d'intervention.
- ✓ Utiliser des outils communs (peut concerner tous les dispensateurs et partenaires).
- ✓ Préciser et établir les liens entre les services de première ligne et ceux de deuxième ligne (dont la mission première ne concerne pas les problèmes de santé mentale) tels le CJL, le CRDI, le Centre le Maillon, avec le soutien des services spécialisés de santé mentale de deuxième ligne.
- ✓ Fortifier les liens entre les services de deuxième ligne et ceux de troisième ligne.
- ✓ Accentuer la liaison entre les centres hospitaliers et le milieu scolaire pour la réinsertion scolaire des enfants qui ont été hospitalisés.

# d) L'évolution des pratiques

- ✓ Favoriser et soutenir l'adoption des meilleures pratiques à jour.
- ✓ Harmoniser les pratiques d'intervention.
- ✓ Outiller les acteurs dans le développement des services de santé mentale en première ligne, notamment par de la formation.

**Note :** Faire face à tous ces enjeux signifie tenir compte des réalités différentes des milieux, plus particulièrement celle du milieu scolaire. Dans la mesure du possible, il y a lieu d'harmoniser les vocables entre les réseaux de services.

# Trajectoire 8

# LES SERVICES LIÉS À LA PROBLÉMATIQUE DU SUICIDE

0557//050	DDF0TATAIDF0	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION
SERVICES	PRESTATAIRES	ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
SERVICES PRÉVENTIFS  - Programme Solidarité Astuces  - Volet Solidarité (activités de détection)  - Volet Astuces (groupes de thérapie)	<ul> <li>CLSC</li> <li>CJL</li> <li>OC</li> <li>CLSC Sainte-Rose (avec Carrefour jeunesse Sainte-Rose)</li> <li>CLSC du Marigot</li> </ul>	<ul> <li>Stratégie québécoise d'action face au suicide « S'entraider pour la vie »</li> <li>Plan d'action lavallois pour contrer le suicide 1999-2002 (mise à jour 2003-2006)</li> <li>Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes INSPQ</li> <li>Plan d'action en santé mentale : La force des liens 2005-2010</li> <li>Programme évalué Solidarité Astuces</li> <li>Grille commune et systématique de détection</li> <li>Ressource régionale suicide de Laval</li> </ul>
ACCUEIL-ÉVALUATION-ORIENTATION  - Services téléphoniques 24/7  - Services en face à face  - Services d'urgence en face à face de nuit  - Protocole d'intervention en situation de problématique du suicide au CJL	<ul> <li>Info santé (CLSC)</li> <li>1-866-Appelle (Îlot)</li> <li>Urgence santé 911</li> <li>Centre Anti-poison</li> <li>Corps policier</li> <li>CLSC (accueil psychosocial)</li> <li>CH</li> <li>Médecins en pratique privée</li> <li>OC</li> <li>Milieu scolaire</li> <li>CJL (pour sa clientèle)</li> <li>CH</li> <li>CLSC (infirmière ou médecin)</li> <li>CJL</li> <li>Hôpital du Sacré-Cœur (Pavillon Albert-Prévost)</li> <li>Ressource régionale suicide de Laval</li> </ul>	<ul> <li>Stratégie québécoise d'action face au suicide « S'entraider pour la vie »</li> <li>Plan d'action lavallois pour contrer le suicide 1999-2002 (mise à jour 2003-2006)</li> <li>Protocole d'intervention en situation de problématique du suicide dans les centres jeunesse (et aussi spécifique CJL)</li> <li>Soutien aux intervenants dans un délai de 24 heures par la Ressource régionale suicide de Laval</li> <li>Comité de travail sur l'organisation des services en prévention du suicide</li> <li>Ressource régionale suicide de Laval</li> <li>Protocole d'intervention en situation de problématique du suicide dans les centres jeunesse</li> <li>Ressource régionale suicide de Laval</li> </ul>
PRISE EN CHARGE ET SUIVI  - Service à court terme de crise et de post-crise  - Service à long terme  - Soutien et engagement des proches	CLSC     Hôpital du Sacré-Cœur     (Pavillon Albert-Prévost)     Médecins en pratique privée	<ul> <li>Stratégie québécoise d'action face au suicide « S'entraider pour la vie »</li> <li>Plan d'action lavallois pour contrer le suicide 1999-2002 (mise à jour 2003-2006)</li> <li>Ressource régionale suicide de Laval</li> </ul>
SERVICES de postvention  - Groupes de soutien pour les enfants et les adolescents endeuillés par suicide  - Programme de postvention en milieu scolaire	<ul> <li>Ressource régionale suicide de Laval</li> <li>Équipe régionale de postvention (Ressource suicide de Laval et équipe CLSC)</li> </ul>	<ul> <li>Coordination et formation par la Ressource régionale suicide de Laval</li> <li>Coordination et formation par la Ressource régionale suicide de Laval (CLSC)</li> <li>Équipe régionale de postvention</li> <li>Programme de postvention en milieu scolaire : stratégies d'intervention à la suite d'un suicide</li> </ul>

# **TRAJECTOIRE 8**

# 3.8 Les services liés à la problématique du suicide

Cette trajectoire correspond à l'organisation en trois axes des services liés à la problématique du suicide. Ces trois axes sont : la prévention, l'intervention et la postvention.

Les services de prévention visent à répondre aux besoins des jeunes à risque de suicide ou de tentatives de suicide. Parmi ceux-ci, la priorité doit être donnée aux jeunes à potentiel suicidaire élevé, soit :

- ✓ les jeunes aux prises avec des problèmes ou des troubles de santé mentale;
- ✓ les jeunes ayant des problèmes de dépendance à l'alcool ou à la drogue;
- ✓ les jeunes qui ont déjà fait une tentative de suicide;
- les jeunes qui reçoivent les services du CJL, principalement la clientèle hébergée.

L'intervention vise la prise en charge et le suivi des jeunes en situation de problématique suicidaire avec ou sans passage à l'acte.

Les services de postvention visent à soutenir les jeunes endeuillés par suicide. Ces services s'articulent à partir d'un programme cadre.

L'organisation des services liés à la problématique du suicide, spécifiquement pour les jeunes, s'est réalisée jusqu'à tout récemment dans le cadre plus large de l'organisation des services aux adultes, balisée par la *Stratégie québécoise d'action face au suicide, S'entraider pour la vie.* Dans la région de Laval, cette stratégie s'est actualisée par le *Plan d'action lavallois pour contrer le suicide 1999-2002*, puis par sa mise à jour en 2003. Le plan d'action en santé mentale 2005-2010, intitulé *La force des liens* et rendu public le 15 juin 2005, intègre l'organisation des services pour les personnes présentant un risque suicidaire et trace la voie pour un arrimage étroit avec l'organisation régionale des services de santé mentale aux jeunes.

Les mesures « universelles » de prévention aux jeunes et les mesures de promotion visant, plus particulièrement, le développement des habiletés sociales et l'estime de soi font l'objet de description dans la trajectoire sur l'offre de services de promotion et de prévention pour les jeunes de 5 à 17 ans. En effet, l'étiologie du suicide n'est pas spécifique : les facteurs de risque sont communs à plusieurs autres problèmes psychosociaux et il en va de même pour les facteurs de protection. Ainsi, de plus en plus, les milieux privilégient les activités plus globales de prévention en santé mentale, axée sur les compétences personnelles et sociales et s'adressant à un large auditoire 170.

#### 3.8.1 Quelques données

L'importance des idéations suicidaires et des tentatives de suicide chez les jeunes n'a pas diminué au cours de la dernière décennie. Les jeunes de 15 à 19 ans donnent lieu aux estimations les plus

<sup>170.</sup> MSSS, Groupe de travail sur l'actualisation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide, La stratégie québécoise d'action face au suicide « S'entraider pour la vie », Plan d'action 2003-2008, Document de travail, juillet 2003, pages 28-29.

élevées et les enfants de 9 ans affichent un pourcentage qui est le double de celui des adultes. Les taux de décès dans le groupe des 15 à 19 ans continuent d'être élevés<sup>171</sup>.

L'Enquête sociale et de santé auprès des jeunes enfants et des adolescents québécois 1999 indique que 8 % des enfants de 9 ans ont eu des idéations suicidaires sérieuses au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Le pourcentage est de 7 % chez les adolescents de 13 ans et de 10 % chez ceux de 16 ans. Les proportions sont plus élevées chez les filles que chez les garçons (à 13 ans, 10 % contre 4 %; à 16 ans, 12 % contre 8 %).

Par ailleurs, la relation étroite entre certains troubles mentaux, l'abus de drogues et d'alcool et les décès par suicide n'est plus à prouver<sup>172</sup>. Les facteurs de risque identifiés chez les enfants (*moins de 12 ans*) et les jeunes (*12 à 24 ans*) dans la littérature scientifique sont : la présence de désordres psychiatriques, les lacunes dans la capacité à résoudre des problèmes, la conduite antisociale ou l'abus de certaines substances, un milieu familial dysfonctionnel, un milieu familial où il y a présence d'abus et de négligence, de maladie mentale chez l'un ou l'autre parent ou présence d'antécédents suicidaires <sup>173</sup>. L'Enquête sociale et de santé auprès des jeunes enfants et des adolescents québécois 1999 indique que seulement 23 % des adolescents suicidaires ont consulté un professionnel. D'autres observateurs rapportent que la moitié des adolescents qui se suicident ont consulté un médecin de famille pour diverses raisons dans les mois précédant le geste.

Concernant la prévalence des tentatives de suicide rapportées par les adolescents au cours des douze derniers mois, la même enquête indique des pourcentages de 3,7 % à 13 ans et de 3,2 % à 16 ans. Les taux varient selon les sexes, le plus élevé étant celui de 5,9 % chez les filles de 13 ans.

#### 3.8.2 Description

Les services de prévention du suicide développés dans la région de Laval qui visent les jeunes à risque de suicide, dont ceux à potentiel suicidaire élevé, s'actualisent dans le programme Solidarité Astuces. Le volet « Solidarité », sorte de programme de sentinelles, correspond à des activités de détection et d'orientation intégrées dans les services généraux et spécifiques auprès des jeunes et réalisées par des intervenants en contact avec des jeunes Lavallois à risque suicidaire de 14 à 18 ans. Des intervenants des milieux lavallois de la santé mentale, du centre jeunesse, de la toxicomanie, du milieu scolaire et du secteur communautaire sont formés pour mener ces activités de détection. Le volet « Astuces » se concrétise par une intervention précoce dans le cadre de groupes de thérapie pour les jeunes détectés, à risque élevé, présentant des problèmes de santé mentale ou d'adaptation importants.

Les services d'intervention pour les jeunes en situation de problématique du suicide (avec ou sans passage à l'acte) comprennent :

\_

<sup>171.</sup> MSSS, Groupe de travail sur l'actualisation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide, La stratégie québécoise d'action face au suicide « S'entraider pour la vie », Plan d'action 2003-2008, Document de travail - juillet 2003, page 28.

<sup>172.</sup> MSSS, Groupe de travail sur l'actualisation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide, La stratégie québécoise d'action face au suicide « S'entraider pour la vie », Plan d'action 2003-2008, Document de travail, juillet 2003, page 15.

<sup>173.</sup> Synthèse des facteurs associés tirée de MSSS, La stratégie québécoise d'action face au suicide « S'entraider pour la vie », 1998, pages 65 et 66.

- ✓ L'accueil, l'évaluation et l'orientation, soit :
  - des services téléphoniques 24/7,
  - des services en face à face dans le cadre des heures d'ouverture régulière,
  - des services d'urgence en face à face de nuit,
  - le protocole d'intervention en situation de problématique du suicide au CJL.
- ✓ La prise en charge et le suivi, dont :
  - le service à court terme de crise et de post crise,
  - le suivi à long terme,
  - le soutien et l'engagement des proches.

Les services spécifiques de postvention se réalisent par :

- ✓ Des groupes de soutien pour enfants et adolescents endeuillés par suicide;
- ✓ Un programme de postvention en milieu scolaire dont les activités visent à :
  - aider les élèves et le personnel à comprendre et à amorcer le processus de deuil,
  - prévenir l'effet de contagion possible,
  - identifier et intervenir auprès des jeunes à risque.

# 3.8.3 Les prestataires de services

Les CLSC de Laval et la Ressource régionale suicide de Laval sont engagés dans les trois axes d'intervention ci-haut décrits. Les CLSC, dans le cadre du programme Solidarité Astuces, jouent un rôle de premier plan pour assurer les services de prévention. Les services du volet « Solidarité » (détection) sont donnés par plusieurs acteurs de l'intervention auprès des jeunes de 14 à 18 ans tandis que ceux du volet « Astuces » sont offerts par les CLSC Marigot et Sainte-Rose, avec la collaboration de l'organisme communautaire Carrefour jeunesse de Sainte-Rose. De même, les CLSC de Laval dispensent, à l'étape de l'accueil, de l'évaluation des besoins et de l'orientation, les services téléphoniques 24/7 au moyen d'Info-santé et les services en face en face aux heures régulières d'ouverture. Ils collaborent aussi au Protocole d'intervention du CJL comme membres de l'équipe de soutien de deuxième niveau. Ils sont engagés aux étapes de prise en charge et de suivi à court terme et de soutien aux proches. De plus, la Ressource régionale suicide de Laval, sous la gouverne du CLSC Ruisseau-Papineau, offre les services aux tiers et aux endeuillés par suicide, coordonne le programme Solidarité Astuces et le programme de postvention en milieu scolaire (dont l'équipe régionale de postvention). Elle assure la formation et le soutien clinique des intervenants du réseau régional de la santé et des services sociaux et d'autres secteurs interpellés, tels le milieu scolaire, les secteurs communautaire et municipal, etc.

Les centres hospitaliers sont essentiellement engagés à l'étape « accueil, évaluation du besoin et orientation ». Les services de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur sont aussi interpellés pour le suivi à moyen et à long terme.

Aux étapes de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation, plusieurs autres dispensateurs, membres des services d'urgence tels Info santé (CLSC), 1-866-Appelle (Îlot, service régional de crise de Laval), Urgence santé 911, le Centre Anti-poison et les corps policiers offrent une réponse immédiate lorsque la personne est en situation d'urgence (*elle demande de l'aide et/ou peut passer à l'acte*).

Les médecins en pratique privée, omnipraticiens et pédiatres, sont des prestataires importants de services en ce qui concerne les jeunes, notamment en matière de santé mentale. Par conséquent, ils peuvent être interpellés par la problématique du suicide, aux étapes de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation et aussi du suivi à court terme.

Le CJL déploie, pour sa clientèle, en milieu naturel, en milieu substitut ou hébergée, des actions visant à prévenir le suicide : détection, intervention d'urgence et de crise, équipe de soutien, entente sur l'accès aux services médicaux et spécialisés, formation des intervenants, etc. Pour ce faire, le CJL applique le Protocole d'intervention en situation de problématique du suicide, qui prévoit trois niveaux d'intervention. Le premier niveau d'intervention est interne au centre jeunesse; le deuxième niveau repose sur une équipe-multidisciplinaire et résulte de la collaboration avec des partenaires, notamment les CLSC. Le troisième niveau est externe; il s'agit du recours à des spécialistes pour traitement spécialisé.

Les psychologues, les travailleurs sociaux et les autres professionnels de l'aide aux jeunes, en milieux scolaire et communautaire, peuvent aussi être interpellés par des jeunes eux-mêmes, des membres de la famille et des proches aux prises avec des situations de problématique suicidaire. Toutefois, les professionnels des milieux scolaire et communautaire ne peuvent être considérés comme des dispensateurs de services spécifiques, liés aux situations de problématiques suicidaire.

#### 3.8.4 L'utilisation des services : un ordre de grandeur

Comme on vient de le voir, les services aux jeunes suicidaires reposent sur plusieurs partenaires. Toutefois, nous ne disposons que de données d'utilisation de services des CLSC. Aussi, il faut considérer cette section sur l'utilisation des services comme étant des plus partielles.

Si on applique les données de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (*ESCC 2001*) à la région de Laval, 614 jeunes Lavallois<sup>174</sup> ayant entre 15 et 19 ans auraient sérieusement songé au suicide dans les 12 mois précédant l'enquête.

Le TABLEAU 31 présente le nombre d'usagers et le nombre d'interventions pour problèmes reliés à des comportements ou à des idéations suicidaires dans chacun des quatre CLSC de Laval. Ces usagers peuvent avoir eu recours aux services préventifs, aux services d'intervention et de postvention.

TABLEAU 31 Nombre d'usagers et nombre d'interventions pour problèmes reliés à des comportements ou des idéations suicidaires dans les quatre CLSC de Laval - 2003-2004

	Marigot	Mille-Îles	Ruisseau- Papineau	Sainte-Rose de Laval	Laval
Nombre d'usagers des 5 à 17 ans	30	13	17	43	103
Nombre d'interventions	167	23	64	142	396
Nombre moyen d'interventions par usager	5,6	1,8	3,8	3,3	3,8

Source: Laval, Banque I-CLSC, code - raison d'intervention 4950.

<sup>174.</sup> ESCC, 2001, Unité connaissance-surveillance-évaluation, Direction de santé publique, Agence de santé et de services sociaux de Laval, avril 2004.

Pour sa part, la Ressource régionale suicide de Laval a reçu, en 2003-2004, 30 références de jeunes de niveau secondaire, dont 14 filles et 16 garçons. Douze de ces jeunes ont participé aux groupes de thérapie « Astuces ».

#### 3.8.5 Accueil, évaluation du besoin et orientation

Les services téléphoniques 24/7, les services en face à face dans le cadre des heures d'ouverture régulière et les services d'urgence en face à face de nuit sont tous disponibles pour les jeunes de la région de Laval. Ces services comprennent l'évaluation, l'intervention d'urgence et de crise et, si nécessaire, la référence pour la prise en charge et le suivi. Les références se font au moyen des mécanismes établis au préalable entre les principaux dispensateurs de ces services. Les services d'intervention d'urgence concernent à la fois les personnes suicidaires jeunes et adultes, leur entourage et les endeuillés par suicide.

Pour les jeunes suivis par le CJL, un Protocole d'intervention en situation de problématique du suicide s'applique. Les collaborations entre dispensateurs de services et leurs rôles respectifs sont consignés au protocole en fonction de trois niveaux d'intervention qui pourraient être requis. Ce protocole identifie les opérations clés face à une problématique du suicide, établit l'ordre des opérations et les rôles entre les intervenants appelés à les réaliser : ceux du CJL et ceux des autres établissements impliqués dans ce modèle organisationnel. Ce protocole comprend des étapes dûment identifiées d'évaluation et d'orientation.

De plus, les jeunes dépistés par le volet « Solidarité » du programme Solidarité Astuces peuvent être orientés vers des ressources de leur milieu, notamment les groupes de thérapie du volet « Astuces », des services médicaux ou spécialisés.

Les survivants du suicide des écoles secondaires de Laval ont aussi accès à un processus d'aide par le programme de postvention en milieu scolaire. Ces interventions sont disponibles dans les 24 à 48 heures suivant le décès par suicide et peuvent se poursuivre par un suivi à plus long terme, au besoin. Les jeunes, les adultes, les intervenants et les proches qui sont endeuillés par suicide se font offrir ce service.

Les jeunes survivants du suicide peuvent aussi être orientés vers le programme de thérapie de groupe pour les enfants et les adolescents endeuillés par suicide.

#### 3.8.6 L'intervention, le suivi et la continuité

Comme on vient de le voir, le concept même de l'organisation des services liés à la problématique du suicide repose sur le développement de trois axes d'intervention, soit : la prévention, l'intervention et la postvention. Les services sont donc conçus de manière à couvrir le continuum de services qui mise sur le travail en réseau des partenaires. De plus, les interventions se réalisent en associant les membres de la famille et l'entourage du jeune, tout en considérant que cet entourage a également besoin de soutien.

Toutefois, on doit tenir compte des faits suivants :

- les troubles mentaux sont un facteur de risque chez 90 % des jeunes qui se donnent la mort<sup>175</sup>;
- ✓ des pourcentages importants de gens qui se sont suicidés ont consulté un médecin généraliste au cours des semaines précédant un décès.

Il y a donc lieu de renforcer les liens avec l'organisation d'autres services, notamment ceux de la santé mentale. Le plan d'action en santé mentale 2005-2010 du MSSS « La force des liens » trace la voie pour un tel arrimage à l'échelle de chaque région du Québec. Cette orientation mérite d'être actualisée dans le cadre des travaux du groupe régional sur la santé mentale auprès des jeunes ou de toute autre instance qui se verra confier le mandat du déploiement régional de ce plan d'action national.

Par ailleurs, le protocole d'intervention en situation de problématique du suicide dans les centres jeunesse est un exemple concret de concertation opérationnelle et de systématisation d'un processus de liaison entre acteurs de différents secteurs qui entretiennent des liens privilégiés avec les jeunes, qui ont une expertise d'aide et d'intervention auprès de ceux-ci et chez qui les jeunes les plus à risque se retrouvent.

De même, les services que contient le Programme de postvention en milieu scolaire permettent, au besoin, une gradation dans l'intervention et prévoient des interventions autant individuelles que collectives.

#### Évolution des pratiques et des milieux 3.8.7

Comme pour les autres trajectoires de services, des données de prévalence plus précises et des nouvelles connaissances en matière de suicide permettent d'identifier les stratégies les plus efficaces et viennent soutenir l'identification des priorités.

À Laval, les partenaires réunis dans plusieurs instances, dont un Comité de travail sur l'organisation des services en prévention du suicide, ont soutenu la mise en œuvre du programme Solidarité Astuces et du Protocole d'intervention en situation de problématique du suicide du CJL. Ces deux programmes ont été réalisés sur la base de modèles porteurs ou ayant fait leur preuve. De plus, ils sont déployés sur la base de consensus régionaux.

Le mandat de coordination, d'accompagnement des milieux et de soutien à l'expertise qui a été confié à la Ressource régionale suicide de Laval est déterminant pour la transmission des plus récentes connaissances et pour la cohérence entre les acteurs de la région de tous les axes des services liés au suicide. La Ressource suicide de Laval s'est aussi avéré innovatrice en actualisant ses pratiques de postvention en milieu scolaire et en concevant le programme de thérapie de groupe pour enfants et adolescents endeuillés par suicide, pour lequel l'Association des CLSC-CHSLD du Québec lui a décerné un prix. Le rôle qu'elle joue en matière de formation des intervenants régionaux est aussi une contribution majeure à l'évolution des pratiques liées à la problématique du suicide chez les jeunes.

Comeau, Monique, Panier de service des CLSC à l'intention des jeunes de 12 à 17 ans, Version de travail du 6 avril 2001, page 7. 175.

De plus, faisons ressortir le souci des acteurs lavallois de la problématique du suicide d'évaluer ou de poser un regard critique sur les programmes mis en place. Par exemple, le programme Solidarité « Astuces » a été évalué, la région a aussi participé à une évaluation stratégique du Programme de postvention en milieu scolaire.

#### 3.8.8 Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services

Jusqu'à tout récemment, les documents de référence sur l'intervention face au suicide visaient principalement l'adoption de modèles cliniques propres à la problématique du suicide, en insistant sur la nécessité des trois axes de services (*prévention*, *intervention*, *postvention*). On peut parler d'ouvrages de référence favorisant l'harmonisation des pratiques. Depuis quelques années, et plus particulièrement avec le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, l'accent est mis sur l'intégration des services liés à la problématique du suicide à des services connexes (services de prévention dans les écoles, du centre jeunesse, de santé mentale). Voici des ouvrages qui fixent des balises et des normes de pratiques et qui orientent le réseau de la santé et des services sociaux vers une organisation plus intégrée des services liés à la problématique du suicide :

- ✓ La stratégie québécoise d'action face au suicide « S'entraider pour la vie », MSSS, 1998.
- ✓ La stratégie québécoise d'action face au suicide « S'entraider pour la vie », Plan d'action 2003-2008, MSSS, 2003.
- ✓ Plan d'action lavallois pour contrer le suicide 1999-2002, Régie régionale de la santé et des services sociaux, 1999.
- ✓ Protocole d'intervention en situation de problématique du suicide dans les centres jeunesse, Association des centres jeunesse du Québec, 2000.
- ✓ Actes de la journée sur la prévention du suicide chez les jeunes : Le modèle de la Colombie-Britannique, Un regard sur les pratiques québécoises, décembre 2000.
- ✓ Programme de postvention en milieu scolaire : stratégies d'intervention à la suite d'un suicide. Séguin, Roy, Bouchard et coll. 2002
- ✓ Protocole d'intervention en situation de problématique du suicide, Centre jeunesse de Laval, 2003.
- ✓ Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes, ISNPQ, 2004.
- ✓ Plan d'action en santé mentale 2005-2010 La force des liens, MSSS, juin 2005.

#### 3.8.9 Les éléments de force de la région

Comme on peut le constater à la lecture de la présente trajectoire, la région de Laval peut compter sur plusieurs éléments de force pour continuer à réussir et à améliorer son intervention au regard de la problématique du suicide chez les jeunes. Faisons ressortir certains éléments :

- √ un historique de mobilisation face à la problématique du suicide chez les jeunes;
- ✓ la présence de la Ressource régionale suicide, son mandat d'expertise et de soutien à la pratique et sa crédibilité;
- ✓ un partenariat opérationnel pour tous les axes de services notamment, une équipe régionale de postvention;
- ✓ l'expérience d'un Protocole d'Aide aux personnes Suicidaires (adultes) dans le but d'assurer la Continuité des services à LavAL (PASCAL) transférable pour le développement d'un protocole du même type pour les jeunes.

### 3.8.10 Des enjeux en matières d'intégration des services

### a) L'accès

- ✓ Le volet détection du programme Solidarité Astuces doit être mieux développé pour permettre de rejoindre les jeunes à risque suicidaire en milieu scolaire, en particulier les garçons.
- ✓ Les liens avec les écoles de niveau secondaire devraient être renforcis de même que le partenariat avec les organismes communautaires. Le développement de programmes de sentinelles pourrait représenter une avenue prometteuse.
- ✓ Le suivi de crise et les interventions visant à faciliter le retour des jeunes dans leur milieu après une tentative de suicide devra aussi être précisé et plus accessible.

### b) La continuité

- ✓ Le développement d'un protocole du type de PASCAL pour les jeunes à risque suicidaire devrait faciliter la liaison et le travail de collaboration des dispensateurs de services.
- ✓ L'intégration des travaux d'organisation des services liés à la problématique du suicide à ceux sur l'organisation des services de santé mentale pour les jeunes.

### c) L'évolution des pratiques

- ✓ La formation des médecins généralistes, le contrôle de l'accessibilité aux moyens, la consolidation de la ligne 1-866-Appelle (Prévention suicide Laval) auprès des jeunes (5 à 17 ans) et la sensibilisation des médias sont des stratégies susceptibles d'entraîner une diminution des taux de décès par suicide (INSPQ, 2004).
- ✓ La promotion des habiletés d'adaptation des jeunes, la formation de sentinelles et l'entraide par les pairs sont aussi des stratégies jugées bénéfiques en ce qui concerne les facteurs associés au suicide.
- Compte tenu des effets négatifs recensés, nous devrons proscrire les activités de sensibilisation à la prévention du suicide en milieu scolaire.

# Trajectoire 9.1



SERVICES	PRESTATAIRES	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
PORTE D'ENTRÉE ET		
ACCUEIL	<ul> <li>Maisons d'hébergement :</li> <li>L'Esther</li> <li>Le Prélude</li> <li>Le Bouclier d'Athéna</li> <li>Services policiers</li> <li>Centre des femmes de Laval</li> <li>CLSC</li> <li>CJL (dans le cadre de la LPJ)</li> </ul>	Plan d'action régional en violence conjugale et agression sexuelle 2001-2004
<b>ÉVALUATION DES BESOINS</b>		
ET ORIENTATION	<ul> <li>Maisons d'hébergement :</li> <li>L'Esther</li> <li>Le Prélude</li> <li>Le Bouclier d'Athéna</li> <li>CLSC</li> <li>CJL (dans le cadre de la LPJ)</li> </ul>	Plan d'action régional en violence conjugale et agression sexuelle 2001-2004
AIDE, INTERVENTION ET		
SUIVI  - Services psychosociaux  - Groupes d'enfants témoins  - Relation d'aide et soutien  - Hébergement  - Ressources liées au CJ	<ul> <li>Maisons d'hébergement :</li> <li>L'Esther</li> <li>Le Prélude</li> <li>Le Bouclier d'Athéna</li> <li>CLSC</li> <li>CJL (dans le cadre de la LPJ)</li> </ul>	Plan d'action régional en violence conjugale et agression sexuelle 2001-2004

## Trajectoire 9.2



### LES SERVICES POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES VICTIMES D'ABUS SEXUELS, DE MAUVAIS TRAITEMENTS PHYSIQUES OU D'ABSENCE DE SOINS MENAÇANT LEUR SANTÉ PHYSIQUE

SERVICES	PRESTATAIRES	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
SERVICES D'URGENCE OU D'APPLICATION DE TROUSSES MÉDICOLÉGALES ET	<ul> <li>Urgence sociale de Ville Laval</li> <li>Services policiers</li> <li>Cité de la Santé-CARL (applications des</li> </ul>	Plan d'action régional en violence conjugale et agression sexuelle 2001-2004
MÉDICOSOCIALES	· · ·	<ul> <li>Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique</li> </ul>
SERVICES D'ACCUEIL ET D'ÉVALUATION	- CJL (DPJ) - Cité de la Santé-CARL	<ul> <li>Table de concertation sur la violence conjugale et les agressions sexuelles de Laval</li> </ul>
	- CLSC - Services policiers	- Table des gestionnaires en violence conjugale et en agression sexuelle
SERVICES DE SUIVI MÉDICAL, PSYCHOSOCIAL ET D'HÉBERGEMENT	<ul> <li>CJL (dans le cadre de la LPJ)</li> <li>CPIVAS</li> <li>CLSC</li> <li>CARL</li> <li>CAVAC</li> </ul>	- Groupe de travail régional pour l'application de l'entente multisectorielle

### **TRAJECTOIRES 9.1 ET 9.2**

## 3.9 Les services pour les enfants et jeunes témoins de violence conjugale et victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique

La présente trajectoire correspond aux mesures spécifiques du *Plan d'action régional en violence conjugale et agression sexuelle 2001-2004* qui visent les enfants et les jeunes **témoins** de violence conjugale et **victimes** d'agression sexuelle. Nous y exposons les interventions médicosociales spécifiques aux victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique, développées dans la région de Laval pour les 0 à 17 ans. Nous abordons aussi l'*Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique*.

Aussi, nous ne décrirons pas en détail les services réguliers des CLSC et du Centre jeunesse qui peuvent englober ces problématiques particulières. Ces services sont traités, indépendamment des raisons de consultation ou de signalement, dans les trajectoires des services psychosociaux pour les jeunes ayant des difficultés d'adaptation et des services pour les jeunes en difficulté dans le cadre de la LPJ.

De même, les services de promotion-prévention qui concernent spécifiquement la violence conjugale et les abus sexuels se résument, pour l'essentiel, aux programmes déployés par le CPIVAS auprès des jeunes d'âge scolaire et ils sont exposés dans la trajectoire des services de promotion de la santé et de prévention pour les jeunes de 5 à 17 ans.

Par ailleurs, les services répondant aux deux problématiques ici soulevées — témoins de violence conjugale et victimes d'abus sexuels — ont plusieurs liens entre eux, un certain tronc commun de services et des prestataires communs. Toutefois, il y a suffisamment de spécificités pour que nous décrivions deux trajectoires de manière distincte. La section 3.9.1 a trait aux services pour les enfants et les jeunes témoins de violence conjugale. La section 3.9.2 concerne les services pour les enfants et les jeunes victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique.

### 3.9.1 Les services pour les enfants et les jeunes témoins de violence conjugale 176

Les services en violence conjugale se caractérisent par la toile de fond suivante :

- ✓ l'élimination de la violence conjugale repose d'abord sur des rapports d'égalité entre les sexes;
- ✓ la violence conjugale est criminelle:
- ✓ la violence conjugale est un moyen choisi pour dominer une autre personne et affirmer son pouvoir sur elle;
- ✓ la sécurité et la protection des femmes victimes et des enfants ont priorité en matière d'intervention:

<sup>176.</sup> Toute la section 3.9.1 est directement tirée du Plan d'action régional en violence conjugale et agression sexuelle 2001-2004.

- ✓ toute intervention auprès des victimes doit être basée sur le respect de leur autonomie et reposer sur leur capacité à reprendre le contrôle de leur vie;
- les agresseurs sont responsables de leurs comportements violents : l'intervention doit viser à leur faire reconnaître leur responsabilité face à cette violence et à l'assumer.

Cette toile de fond détermine les acteurs concernés et aussi l'environnement des services spécifiques aux jeunes, notamment un fond de scène judiciaire et de sécurité publique et des services qui ciblent en premier lieu les parents victimes de violence conjugale.

Les services offerts en maisons d'hébergement et par des organismes communautaires sont :

- des services d'intervention 24/7;
- des services jeunesse, dont le répit-gardiennage;
- des services d'accompagnement psychosocial dans les démarches des femmes et leurs enfants:
- des services de suivi post-hébergement pour les enfants et les jeunes;
- des groupes d'interventions auprès des enfants témoins de violence conjugale.

Ainsi, les services pour les enfants et les jeunes témoins de violence conjugale visent à tenir compte des effets de la violence conjugale sur leur développement et à atténuer ceux-ci. Ils visent aussi la sécurité et la protection des enfants (22 % des enfants dont le cas est signalé à la LPJ vivent une situation de violence conjugale). Dans tous les cas, la gravité de la situation des enfants et des jeunes témoins de violence conjugale est tributaire de l'état de détérioration d'une relation entre adultes.

C'est pourquoi les services aux enfants et aux jeunes témoins de violence conjugale sont souvent le prolongement des services donnés à la mère qui subit cette violence, notamment dans les organismes communautaires. En CLSC comme en centre jeunesse, les services peuvent cibler spécifiquement les enfants, sous l'angle de la protection et de l'accompagnement des enfants et des adolescents. Ils s'inscrivent alors dans le cadre de leurs services « jeunesse » réguliers.

#### 3.9.1.1 Les prestataires de services

À Laval, quatre organismes communautaires offrent des services spécifiques en violence conjugale. Il s'agit des maisons d'hébergement L'Esther et Le Prélude, des organismes Le Bouclier d'Athéna et CHOC qui offrent des services externes d'aide et d'intervention.

### Les maisons d'hébergement L'Esther et Le Prélude :

La région de Laval a sur son territoire deux maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale : les maisons L'Esther et Le Prélude. Ces maisons hébergent à court terme les femmes et leurs enfants et offrent des services d'écoute téléphonique 24/7, d'accueil et d'intervention individuelle et de groupe. L'intervention auprès des femmes et de leurs enfants permet d'aborder le processus de dévictimisation, la réorganisation matérielle, l'information sur le processus judiciaire et la réappropriation du pouvoir de la femme sur sa situation. Les enfants et les jeunes y sont accueillis dans le cadre des activités suivantes :

30 places au total dans les deux maisons d'hébergement pour femmes et enfants victimes de violence conjugale;

- ✓ service d'intervention téléphonique 24/7;
- ✓ présence d'intervention 24/7;
- ✓ suivi de type individuel et de groupe pour les femmes hébergées et leurs enfants; travail de réorganisation et de réappropriation auprès des femmes, tout en favorisant les prises de conscience sur les impacts et les conséquences de la violence conjugale;
- ✓ groupes de soutien mère-enfant.

### Le Bouclier d'Athéna :

Le Bouclier d'Athéna est un organisme qui offre des services externes et vient en aide aux familles en difficulté des communautés culturelles, principalement la communauté grecque. La ressource a comme objectif d'intervenir auprès des femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants et d'améliorer l'accès des personnes des communautés culturelles aux soins de santé et aux services sociaux. Cette ressource offre un groupe de soutien aux enfants exposés à la violence conjugale et des activités pour les mères des enfants participants.

De plus, les femmes anglophones de Laval peuvent avoir accès à son service d'hébergement situé à Montréal.

### Les CLSC de Laval:

Les CLSC de Laval n'ont pas de programme spécifique en violence conjugale. Toutefois, les femmes victimes de violence conjugale, leurs enfants, les conjoints violents et les adolescents(es) ont accès à des services d'accueil, de suivi et de référence dans le cadre des services psychosociaux et médicaux réguliers. Au besoin, cette clientèle est orientée vers les ressources spécialisées.

### Le Centre jeunesse de Laval :

Le CJL intervient dans des situations de violence conjugale sous l'angle de la protection des enfants ou des adolescents dans le cadre de la LPJ. Le cheminement de la demande d'aide suit le cours habituel des services sous la LPJ et elle est déclenchée par un signalement au DPJ. Un soutien aux parents est offert et peut se concrétiser par une référence ou un accompagnement vers un organisme spécialisé en violence conjugale. Un groupe de réflexion et d'intervention est également offert aux femmes ayant des comportements violents à l'endroit de leurs enfants ou de leur conjoint. Le CJL peut aussi être interpellé en vertu de la LSJPA si une plainte est déposée et qu'il y a poursuite pour gestes agressifs dans les relations amoureuses.

### 3.9.2 Les services pour les enfants et les jeunes victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique 177

Voici, brièvement résumés, les services offerts à Laval aux mineurs victimes d'agressions et/ou d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'absence de soins menaçant leur santé physique, les principaux prestataires et l'organisation de ces services.

### Les services d'urgence et d'application de trousses médicolégales ou médicosociales :

✓ L'équipe d'urgence sociale de la Ville de Laval et les services policiers interviennent en situation d'urgence et dirigent et/ou accompagnent les personnes vers les ressources spécialisées.

<sup>177.</sup> La section 3.9.2 est principalement tirée de l'évaluation du groupe de travail intersectoriel concernant l'intervention médico-sociale en matière d'agression sexuelle, novembre 2001.

- ✓ L'urgence de la Cité de la Santé reçoit les enfants de 0 à 11 ans nécessitant des services médicaux d'urgence en raison d'abus sexuels et les enfants et les jeunes de 0 à 17 ans dans des situations de mauvais traitements physiques ou victimes d'une absence de soins menaçant leur santé physique. Le service pour les victimes d'agression sexuelle ayant entre 0 et 11 ans n'est pas disponible pendant des périodes ponctuelles. La clientèle est alors desservie par l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal.
- ✓ Les interventions d'urgence et l'application des trousses médicolégales ou médicosociales auprès des victimes de 12 ans et plus sont aussi effectuées à l'urgence de Cité de la Santé en collaboration avec les intervenantes psychosociales du Centre de santé des femmes du CARL.

### Les services d'accueil et d'évaluation :

- ✓ Les CLSC offrent des services d'accueil, de dépistage, de suivi et de référence aux victimes d'agression sexuelle.
- ✓ Des services d'évaluation et de référence sont offerts par le Centre jeunesse de Laval aux enfants, aux adolescents et à leur famille, dans le cadre de la LPJ ou de la LSJPA.
- ✓ Il y a une équipe d'enquêteurs spécialisés en agression sexuelle au niveau des services policiers.

### Les services de suivi médical, psychosocial et d'hébergement :

- ✓ Dans les situations ne nécessitant pas une intervention médicale d'urgence, les enfants et les jeunes (0 à 17 ans), victimes de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins, et les enfants (0 à 11 ans), victimes d'agression sexuelle, peuvent être vus à la clinique sociojuridique du CARL. Des services médicaux-nursing y sont offerts.
- Des interventions de suivi médical et psychosocial sont offertes, au Centre de santé des femmes du CARL, aux victimes (12 ans et plus) d'agression sexuelle récente (moins de 6 mois) et à celles d'agression datant de plus de six mois vivant un choc post-traumatique.
- ✓ Le CPIVAS offre les services suivants aux victimes de 14 ans et plus :
  - suivi individuel;
  - groupe pour victimes d'agression sexuelle;
  - groupe pour survivantes d'inceste;
  - groupe pour adolescentes;
  - groupe de parents d'enfants abusés;
  - groupe pour hommes ayant vécu de l'abus sexuel dans l'enfance;
  - atelier sexualité;
  - service d'accompagnement et de soutien dans les démarches sociojuridiques;
  - programmes de prévention.

- ✓ Le CAVAC offre des services de première ligne aux victimes d'actes criminels, aux proches des victimes et aux témoins. Il s'agit de services sociojuridiques et de l'intervention en choc posttraumatique.
- ✓ Le CIDS offre une aide thérapeutique aux adolescents qui présentent une problématique de délinquance sexuelle. L'expression délinquance sexuelle fait référence à toutes formes d'agression ou de harcèlement à caractère sexuel. Le traitement thérapeutique se fait à la fois en suivi individuel et de groupe. Le CIDS offre également des services aux délinquants sexuels qui ont une déficience légère.
- ✓ Dans le cadre de leur mission et de leurs services réguliers, les CLSC offrent des suivis individuels et le CJL offre ses services de suivi individuel psychosocial et thérapeutique, de groupe thérapeutique, de référence et d'hébergement aux enfants, aux adolescents et à leur famille, en vertu de la LPJ ou de la LSJPA. Le DPJ coordonne l'application de l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique s'applique.

### 3.9.2.1 L'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique178

L'entente multisectorielle consiste en l'engagement d'agir en concertation dans des situations mettant en cause des enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique lorsqu'il existe un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement de ces enfants est compromis et qu'un crime a été commis à leur endroit. Une attention particulière doit être portée à certains contextes particuliers. Parmi ceux-ci, les familles présentant un climat de violence conjugale car, dans une proportion très significative, la violence conjugale et la violence à l'égard des enfants vont de pair.

Englobant toutes les situations où il est allégué qu'un enfant est victime d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant sa santé physique, l'entente multisectorielle devient le texte à privilégier lorsqu'une situation requiert une intervention conjointe du directeur de la protection de la jeunesse, de la police, du substitut du procureur général ou d'autres établissements ou organismes liés par l'entente.

L'application de l'entente commence quand l'un des partenaires constate ou présume qu'un enfant est victime d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant sa santé physique et que la situation est portée à la connaissance du directeur de la protection de la jeunesse ou de la police.

La mise en application de l'entente se termine au moment où les décisions sont arrêtées au regard des mesures d'aide et de protection et au regard des mesures s'appliquant à la personne abusive, le cas échéant (poursuites criminelles, mesures disciplinaires ou administratives).

-

<sup>178.</sup> La section 3.9.2.1 est essentiellement composée d'extraits des pages 9, 15, 18, 20 et 21 de l'*Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique.* 

Dans le cas où l'entente multisectorielle s'applique, le directeur de la protection de la jeunesse garde un rôle de conseiller même si le signalement n'est pas retenu.

La procédure d'intervention sociojudiciaire préconisée dans cette entente comporte cinq étapes :

- ✓ le signalement de la situation au directeur de la protection de la jeunesse;
- ✓ la liaison et la planification en vue d'obtenir la collaboration et l'assistance de tous;
- √ l'enquête et l'évaluation en vue de vérifier le bien-fondé des faits allégués;
- ✓ la prise de décision sur les suites à donner à partir de la mise en commun des renseignements obtenus:
- √ l'action et l'information des partenaires.

Les rôles et responsabilités des partenaires sont précisés pour chacune de ces étapes.

Dans chacune des régions du Québec, l'agence de santé et de services sociaux, le directeur de la protection de la jeunesse et le substitut en chef de la procureure générale ont le mandat de la mise en application harmonieuse et efficace de l'entente. À ce titre, ils voient à ce que soient désignées des personnes responsables de l'application de l'entente par les principaux partenaires visés que sont les CLSC, les commissions scolaires, les services de police, le bureau du substitut du procureur général, le centre jeunesse, les services de garde, les organismes communautaires.

Les établissements ou les organismes ainsi liés par l'entente peuvent être amenés à intervenir, soit :

- à titre de dispensateurs de services pour répondre aux besoins d'aide et de protection de l'enfant;
- à titre d'employeurs lorsque la situation visée implique un adulte travaillant sous leur responsabilité.

### 3.9.3 Constats et enjeux

Voici des constats et des enjeux tirés de l'évaluation du groupe de travail intersectoriel concernant l'intervention médicosociale en matière d'agression sexuelle datant de 2001 mais dont les résultats demeurent actuels:

- Expertise reconnue des intervenants des établissements et organismes spécialisés.
- Le service d'intervention psychosociale qui débute dès l'accueil à l'urgence de Cité de la Santé-CARL a comme impact de réduire le temps que les infirmières et les médecins de l'urgence doivent accorder aux victimes. Cette mesure permet aussi une meilleure coordination de l'ensemble des interventions des personnes engagées dans le processus d'intervention médicosociale: médecins, intervenantes psychosociales, infirmières et policiers.
- Méconnaissance auprès des partenaires des services offerts aux victimes par la Cité de la Santé -CARL. Précisions à apporter concernant les services de la clinique sociojuridique. À cet égard, les intervenants devraient être informés des arrêts de services ponctuels de la clinique sociojuridique et du relais alors assumé par l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal.
- ✓ Services psychosociaux spécifiques limités pour les enfants victimes (0 à 12 ans) pour lesquels la situation ne nécessite pas ou ne nécessite plus l'intervention de la Protection de la jeunesse.
- ✓ Accessibilité des services à développer pour la clientèle 0 à 12 ans victime d'agression sexuelle (Cité de la Santé), en lien avec l'application de l'entente multisectorielle.
- Nombre de dossiers traités par les services policiers nettement supérieur à la volumétrie constatée à la Cité de la Santé-CARL.

# Trajectoire 10

### LES SERVICES POUR LES JEUNES AUX PRISES AVEC DES PROBLÈMES DE TOXICOMANIE ET AUTRES DÉPENDANCES

SERVICES	PRESTATAIRES	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
PROMOTION-PRÉVENTION	- CLSC - Milieu scolaire - OC - Policiers	<ul> <li>Programme national de santé publique</li> <li>Plan d'action régional de santé publique</li> <li>Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation</li> <li>Pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires</li> <li>Les facteurs clés : définitions et effets sur la réussite éducative, la santé et le bien-être. Recommandations pour l'intervention</li> <li>Groupe de travail régional, composé de représentants des deux réseaux de service, pour planifier l'offre de services conjointe de promotion et de prévention à partir de l'école</li> <li>Groupe de travail régional pour un réseau de services intégrés en dépendances</li> </ul>
DÉTECTION, DÉPISTAGE, ÉVALUATION SOMMAIRE ET ORIENTATION	CLSC Milieu scolaire OC	<ul> <li>Plan d'action national de lutte contre les toxicomanies (en consultation)</li> <li>Offre de service - Programme dépendances</li> <li>Groupe de travail régional pour un réseau de services intégrés en dépendances</li> </ul>
AIDE ET INTERVENTION	- CLSC - Écoles - OC - Policiers	<ul> <li>Plan d'action national de lutte contre les toxicomanies (en consultation)</li> <li>Offre de service - Programme dépendances</li> <li>Groupe de travail régional pour un réseau de services intégrés en dépendances</li> </ul>
SERVICES SPÉCIALISÉS ET DE RÉADAPTATION	- Centre Le Maillon	<ul> <li>Plan d'action national de lutte contre les toxicomanies (en consultation)</li> <li>Offre de service - Programme dépendances</li> <li>Groupe de travail régional pour un réseau de services intégrés en dépendances</li> </ul>

### **TRAJECTOIRE 10**

### 3.10 Les services pour les jeunes aux prises avec des problèmes de toxicomanie et autres dépendances

Cette trajectoire fait état des actions et des services liés aux problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie, de jeu pathologique et d'autres dépendances chez les jeunes.

Le portrait de cette trajectoire comprend donc des activités de promotion-prévention, de détection, d'intervention précoce, d'aide et d'intervention et des services spécialisés et de réadaptation déployés dans la région de Laval. Ces activités et services visent les jeunes, principalement ceux ayant entre 12 et 17 ans, mais aussi leur famille et leurs proches.

Par ailleurs, un groupe de travail régional, coordonné par l'Agence de santé et de services sociaux de Laval et formé de représentants des établissements et d'organismes communautaires concernés par la problématique des dépendances, a le mandat de proposer un modèle d'organisation de services sous forme de réseau de services intégrés en dépendances pour la région de Laval. Ce réseau visera les services aux jeunes et aux adultes.

### 3.10.1 Quelques données de prévalence<sup>179</sup>

Il est intéressant de relater quelques données de prévalence concernant les problématiques de dépendance. Ces données convainquent de la nécessité d'intervenir auprès des jeunes face aux problématiques de dépendances et fournissent des indications précieuses quant aux cibles prioritaires de l'intervention auprès des jeunes.

### La consommation d'alcool et de drogues

- ✓ Le nombre de consommateurs d'alcool et de droque, en particulier de marijuana, a augmenté de manière significative entre 1992 et 1998 chez les jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans.
- 3,9% des jeunes de 15 à 24 ans sont à risque de dépendance à l'alcool. Il s'agit du groupe d'âge le plus à risque, deux fois plus que chez les 25 à 44 ans.
- ✓ Les élèves du secondaire deviennent des consommateurs réguliers d'alcool à un âge moyen de
- environ 6 % des élèves du secondaire présentent une consommation problématique 180 de drogues et d'alcool<sup>181</sup>.

### Concernant les jeunes en difficulté

40,4 % des jeunes en centre jeunesse consomment du cannabis de façon régulière et 12,8 % de façon quotidienne comparativement à 5 % des jeunes en général.

À moins de note contraire, les données de prévalence de la section 3.10.1 proviennent de Agir ensemble – Plan d'action national de lutte contre les toxicomanies 2005-2010, Document de travail, février 2005, pages 12, 13.

<sup>180.</sup> Consommation problématique : au moins cinq consommations en une seule occasion, cinq fois ou plus en douze mois, Définition tirée de Programme national de santé publique 2003-2012, MSSS, page 36.

<sup>181.</sup> MSSS, Programme national de santé publique 2003-2012, page 36.

- ✓ Il existe une différence marquée dans l'intensité de la consommation entre les jeunes des centres jeunesse et les jeunes en général. 60 % des jeunes qui consultent un centre spécialisé en toxicomanie sont suivis par un centre jeunesse.
- ✓ Chez les jeunes de la rue, un jeune sur deux aurait une consommation problématique d'alcool et 56,1 % auraient une consommation problématique de drogues.

### Les jeux de hasard et d'argent<sup>182</sup>

- ✓ Cinquante et un pour cent (51 %) des élèves ont déclaré avoir parié au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Parmi ceux-ci, 8 % jouent régulièrement, soit au moins 1 fois/semaine.
- ✓ La participation aux jeux de hasard et d'argent passe de 39 % en 1<sup>re</sup> secondaire à 62 % en 5<sup>e</sup> secondaire.

Bref, la littérature la plus récente évoque trois bonnes raisons de se préoccuper de la consommation d'alcool et de drogue des jeunes :

- son augmentation;
- sa banalisation;
- une consommation de plus en plus précoce (âge moyen : moins de 13 ans).

De plus, les preuves ne sont plus à faire qu'une consommation problématique d'alcool et de drogues entraîne d'autres problèmes tels des comportements sexuels à risque, une baisse du rendement scolaire voire le décrochage scolaire, de la détresse psychologique, des idées suicidaires, des traumatismes routiers, une plus grande propension au jeu pathologique, etc.

### 3.10.2 Description des activités et des services

À Laval, les partenaires dressent la liste suivante des activités et des services qu'ils déploient au regard des problèmes de dépendance des jeunes.

<sup>182.</sup> Chevalier et Deguire, 2003 dans Jeu de hasard et d'argent : portrait de la situation 2002, ISQ.

### PROMOTION-PRÉVENTION

MESURES	PRESTATAIRES	DISPONIBILITÉ	MÉCANISMES D'ACCÈS	DURÉE DU SERVICE
Activités préventives d'information et de sensibilisation telles commando théâtral, conférence, atelier d'information, tournée de classe, touchant les thèmes suivants : dépendance, dettes de drogue, problèmes familiaux, réduction des méfaits, cycle d'assuétude, consommation de produits volatiles	Comité Toxico de l'école dont fait partie le CLSC Marigot et organismes et conférenciers invités (GRIP, GRC, etc.)	Pour l'ensemble de l'école secondaire Mont-de Lasalle et groupes ciblés	En milieu scolaire	Activités ponctuelles déployées tout au cours de l'année
Programme « Entraînement à l'amour propre » volet Toxico	CLSC Mille Îles Maison des jeunes de l'Est	Écoles secondaires Vanier et Leblanc	En milieu scolaire intégré dans le curriculum scolaire	7 ateliers 1/semaine
Organisation et animation d'ateliers de prévention	CLSC Ruisseau- Papineau	Élèves de 6 <sup>e</sup> année de 4 écoles primaires	En milieu scolaire, intégré dans le curriculum scolaire	5 ateliers d'une heure/classe
Implantation d'un programme de prévention	CLSC Ruisseau- Papineau	Élèves de 1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> sec.de l'école Marie-Curie	En milieu scolaire intégré dans le curriculum scolaire	3 heures 30 1 <sup>re</sup> sec. : 1 atelier/classe 2 <sup>e</sup> sec: 2 ateliers/classe
Protocole d'intervention en toxicomanie	CLSC Ruisseau- Papineau	École Marie-Curie (1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> sec.)	En milieu scolaire (environnement favorable)	En continu
Capsules d'information sur les drogues	CLSC Sainte-Rose et école	École secondaire Curé-Antoine Labelle	En milieu scolaire	1 fois/mois pendant 10 mois
Prévention par réalisation d'activités impliquant des jeunes	Diapason Jeunesse	Dans les lieux de l'organisme (5 jours/semaine – jour et soir)	Référence du milieu scolaire et autres professionnels	Activités ponctuelles et par session
Soutien à l'exercice du rôle parental : Parents d'adoune traversée	CLSC, CJ, OC	Tous les territoires de CLSC (environ 150 parents)	Inscription CLSC, CJ, OC	

### DÉTECTION, DÉPISTAGE, ÉVALUATION SOMMAIRE ET ORIENTATION

MESURES	PRESTATAIRES	DISPONIBILITÉ	MÉCANISMES D'ACCÈS	DURÉE DU SERVICE
Grille de dépistage de consommation problématique	CLSC du Marigot	3 <sup>e</sup> secondaire	En milieu scolaire	Ponctuel
Accueil-évaluation-orientation et références au Centre Le Maillon	CLSC du Marigot	Ouvert à tous les élèves	En milieu scolaire par l'intervenante psychosociale	3 jours/semaine
Références et accompagnement d'élèves ayant une problématique de toxicomanie au Centre Le Maillon	CLSC du Ruisseau-Papineau	Les élèves ayant une problématique de toxicomanie		
Évaluation avec grille RISQ pour prise en charge ou référence	CLSC Sainte-Rose	Jeunes avec problèmes de consommation	Écoles secondaires Accueil social du CLSC	1 ou 2 rencontres/jeune

### .../suite

### DÉTECTION, DÉPISTAGE, ÉVALUATION SOMMAIRE ET ORIENTATION

MESURES	PRESTATAIRES	DISPONIBILITÉ	MÉCANISMES D'ACCÈS	DURÉE DU SERVICE
Dépistage, référence, accompagnement	TRIL, maisons de jeunes	Lieux des organismes Jour/soir	Ouvert à tous et référence par intervenant de rue	En continu
Évaluation DEP-ADO, IGT-ado	CAFAT	Sur rendez-vous	Avec ou sans référence	1 à 3 rencontres
Références et accompagnement	L'Oasis	5 jours/semaine jour- soir	Roulotte stationnée à différents endroits dans Laval et organismes communautaires	En continu
Évaluation sommaire, rencontre d'accueil individuel ou familial	Centre Le Maillon	Retour d'appel dans un délai de 1 à 3 jours suivant la demande ou la référence	Appel du jeune ou référence des parents ou d'intervenants	1 heure 1/2

### AIDE ET INTERVENTION

MESURES	PRESTATAIRES	DISPONIBILITÉ	MÉCANISMES D'ACCÈS	DURÉE DU SERVICE
Interventions psychosociales (et références au Centre Le Maillon)	CLSC du Marigot	Élèves avec problèmes évalués	Accueil-évaluation en milieu scolaire par l'intervenante psychosociale	Plus ou moins un an
Interventions de groupe à l'école : conscientisation motivation au changement (Sainte-Rose)	CLSC Ruisseau- Papineau et Sainte- Rose	Élèves qui ont consommé et/ou vendus à l'école jeunes volontaires ou non	En milieu scolaire Intervention demandée par le personnel de l'école secondaire à l'intervenant du CLSC	Conscientisation: rencontre d'1h30, 2 groupes/mois 10 mois par année, 1rencontre/mois Motivation au changement: 4 rencontres de 1 heure 30 à 2 heures; 2 groupes/mois
Interventions individuelles et/ou familiales	CLSC Ruisseau- Papineau et Sainte- Rose	Adolescents volontaires et ne nécessitant pas de réadaptation	En milieu scolaire Intervention demandée par le personnel de l'école secondaire à l'intervenant du CLSC	RP: 3 à 6 mois Sainte-Rose: Plus ou moins 10 rencontres
Traitement (individuel, de groupe, familial) Suivi post-traitement (individuel)	CAFAT	Sur rendez-vous	Avec ou sans référence	6 à 12 mois 3 mois
Échange de seringues	L'Oasis	5 jours/semaine (jour-soir)	Roulotte stationnée à différents endroits dans Laval et organismes communautaires	En continu

### SERVICES SPÉCIALISÉS ET DE RÉADAPTATION

MESURES	PRESTATAIRES	DISPONIBILITÉ	MÉCANISMES D'ACCÈS	DURÉE DU SERVICE
Services spécialisés et de réadaptation pour les jeunes de 21 ans et moins qui connaissent des difficultés avec l'alcool, les médicaments, les drogues ou le jeu	Centre Le Maillon	Retour d'appel dans un délai de 1 à 3 jours suivant la demande ou la référence	Appel du jeune lui- même ou sur référence des parents ou d'intervenants	
Groupe de motivation au changement Groupe de traitement Suivi individuel Suivi familial Suivi de réinsertion Groupe de parents, Programme « Aide à l'entourage »				4 semaines 2 mois 3 à 6 mois 2 à 3 mois 2 mois

### **CONCERTATION, FORMATION ET SOUTIEN**

ACTIVITÉS	PRESTATAIRES	PARTENAIRES	MÉCANISMES D'ACCÈS	FRÉQUENCE
Tables de concertation jeunesse : Concertation et échange Projets et/ou actions répondant aux besoins des jeunes de leur communauté Perspective de développement des communautés	Dans chaque territoire de CLSC	CSLC, Maisons de jeunes, autres organismes communautaires, milieu scolaire, police communautaire, Bureaux municipaux de loisirs, etc.	Dans les communautés locales	Aux 6 semaines
Comité régional « violence et jeunes » : Prévention et réduction de la violence chez les jeunes (problématique associée à l'alcool et aux drogues)		Vingtaine d'acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, du milieu scolaire, du secteur communautaire, de Ville de Laval dont, la police communautaire	Dans la communauté régionale	Aux 6 semaines de septembre à juin
Comités écoles liés aux toxicomanies	Plusieurs écoles secondaires de la région	Équipe école, CLSC, policiers, etc.	En milieu scolaire	
Soutien aux comités écoles en toxicomanie, aux équipes école (information, formation/colloque, outils)	CLSC		En milieu scolaire	Au besoin
Soutien clinique au personnel scolaire	CLSC		En milieu scolaire	Au besoin
Sensibilisation et formation spécifiques aux intervenants des ateliers de prévention au niveau primaire	CLSC Ruisseau- Papineau		En milieu scolaire	7 à 14 heures

Beaucoup d'autres interventions pourraient être listées, notamment les stratégies déployées par le milieu scolaire pour prévenir les problèmes liés à la dépendance et réduire leurs effets sur la réussite scolaire. Ces stratégies, utilisées dans les milieux scolaires de niveau secondaire ont trait :

- √ à l'information sur les substances et les risques liés aux jeux du hasard et de l'argent;
- ✓ au développement des compétences des jeunes (habiletés sociales, motivation, réussite scolaire, comportement responsable);
- ✓ au soutien et aux liens avec les parents;
- ✓ au développement du milieu et aux environnements favorables;
- ✓ aux mesures de contrôle, telles des normes, des règles et des politiques.

Les écoles développent ces stratégies sur leur propre base ou en collaboration avec les ressources du CLSC. L'intervention des écoles face aux toxicomanies s'exerce souvent en collaboration avec les policiers.

### 3.10.3 Évolution des pratiques et des milieux

Comme on vient de le voir, plusieurs services sont rendus à Laval au regard des problèmes de dépendance des jeunes, de manière variée, selon les territoires de CLSC et selon les milieux fréquentés. Toutefois, contrairement aux autres problématiques, nous n'avons pas identifié de balises précises, de normes ou cadres de référence spécifiques orientant et encadrant la pratique en alcoolisme et en toxicomanie.

Par ailleurs, l'exercice de planification conjointe de l'offre de services de promotion et de prévention à partir de l'école ÉES, actuellement en cours dans la région de Laval, comporte des orientations quant à l'intervention de promotion-prévention au regard des dépendances. Rappelons que ces travaux s'appuient sur les documents de référence suivants : *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires Pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes et Les facteurs clés : définitions et effets sur la réussite éducative, la santé et le bien-être - Recommandations pour l'intervention. De fait, l'intervention de promotion-prévention auprès des jeunes d'âge scolaire reposera :* 

- ✓ sur les principes de l'approche ÉES;
- ✓ autour des facteurs clés de développement du jeune;
- √ à plusieurs niveaux d'intervention soit, le jeune, l'école, la famille, la communauté;
- en tenant compte de ce qui existe déjà.

Concernant spécifiquement les dépendances au niveau secondaire, les guides d'ÉES identifient quatre types de stratégies à mettre en place de manière concomitante :

- √ fournir de l'information sur les substances et les risques liés aux jeux du hasard et de l'argent;
- ✓ permettre le développement des compétences des jeunes (habiletés sociales, motivation et réussite scolaire) et des parents;
- √ favoriser le développement du milieu;
- ✓ avoir des mesures de contrôle.

Un projet pilote auprès des jeunes du 1<sup>er</sup> cycle du secondaire, comportant une évaluation de processus, aura lieu en ce sens à l'école secondaire Poly-Jeunesse.

En ce qui a trait au jeu de hasard et d'argent, l'effervescence de la recherche devrait permettre de mieux baliser l'intervention au regard de cette problématique en émergence.

De même, l'offre de service du Programme « Dépendances » élaborée par le MSSS en avril 2005, détermine des normes de pratique quant à l'accessibilité, à la continuité et à la qualité des services qu'il faudra atteindre d'ici 2010.

### 3.10.4 Des enjeux en matière d'intégration des services

Des enjeux d'intégration et d'amélioration des services aux jeunes se profilent déjà avec le portrait de la présente trajectoire. Nous suggérerons donc quelques pistes d'enjeux mais nous laisserons au groupe de travail régional, qui a le mandat de proposer un modèle d'organisation de services sous forme de réseau de services intégrés en dépendances, le soin de faire ses recommandations.

### a) L'accès

- ✓ Des activités de détection et d'évaluation doivent être plus systématiques et des outils communs aux partenaires, reconnus et validés doivent être utilisés.
- ✓ Les activités de détection doivent être intégrées dans le contact plus général et global avec les adolescents pour permettre de rejoindre les jeunes à haut risque et d'intervenir tôt.
- ✓ Les portes d'entrée pour l'évaluation et l'intervention doivent être précisées et « l'esprit » du guichet unique ou « privilégié » doit être concrétisé.
- ✓ Des outils d'évaluation pour l'accès aux services spécialisés reconnus et validés doivent être utilisés (recommandation MSSS : IGT-ado).
- ✓ Les cibles d'intervention doivent être définies en concordance avec les données de prévalence (ex. : jeunes de 15 à 24 ans, jeunes en centre jeunesse, jeunes de la rue).

### b) La continuité

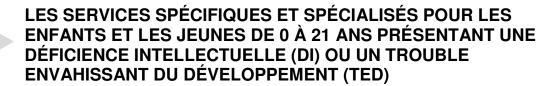
- ✓ Des corridors de services entre l'intervention de promotion-prévention, les services de 1<sup>re</sup> ligne et les services spécialisés (*Centre Le Maillon*) doivent être identifiés et concrétisées. Des outils de référence doivent être adoptés.
- ✓ Les approches (consommation responsable, réduction des méfaits, tolérance zéro à l'école, etc.) doivent être concertées à l'échelle régionale entre les partenaires.
- ✓ Les services doivent être mieux harmonisés entre territoires de CLSC et entre partenaires.

### c) L'évolution des pratiques

- ✓ La pratique de promotion—prévention doit tendre vers les stratégies jugées efficaces et prometteuses notamment en déployant de manière concomitante et, dans le cadre ÉES, les quatre types de stratégies suivantes :
  - fournir de l'information sur les substances et les risques liés aux jeux du hasard et de l'argent;
  - permettre le développement des compétences des jeunes (habiletés sociales, motivation et réussite scolaire) et des parents;
  - favoriser le développement du milieu;
  - avoir des mesures de contrôle.
- ✓ De plus, compte tenu des effets négatifs recensés, il faut être vigilant quant à l'utilisation de stratégie unique (ex. : l'information seule : normalisation ou stimulation de comportements déviants; mesures de contrôle seules : marginalisation de certains jeunes).
- ✓ Dans une optique de standardisation et d'harmonisation de la pratique, il y lieu d'adopter les normes de l'offre de service du programme « Dépendances » du MSSS qui concernent les jeunes.
- ✓ L'adoption des pratiques requiert un effort important de soutien et de formation aux intervenants.

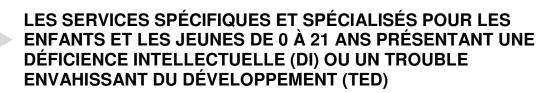
  À Laval, il a lieu d'examiner de mettre à profit l'expertise du Centre Le Maillon pour le soutien aux intervenants et aux partenaires de 1<sup>re</sup> ligne.

# Trajectoire 11



SERVICES	PRESTATAIRES	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
ACCUEIL ET ÉVALUATION SOMMAIRE DES BESOINS	CLSC     CRDI Normand-Laramée (lorsque requis, conjointement avec le CLSC)	Outil multiclientèle     Mécanismes d'accès en DI     Protocole régional CRDI-CLSC
SERVICES DIAGNOSTIQUES	Clinique du développement du CARL (cas complexe +TED) Hôpital Rivière-des-Prairies (réévaluation) Evaluation diagnostic en privé (CRDI Normand-Laramée) TED: HJR Hôpital du Sacré-Cœur (Pavillon Albert-Prévost) Hôpital Sainte-Justine Hôpital de Montréal pour enfante. CR Marie Enfant	Programme d'intervention concertée (PIC)     CRDI Normand-Laramée/HJR  s
SERVICES SPÉCIFIQUES DE 1 <sup>re</sup> LIGNE  - Soutien psychosocial  - Soutien à domicile  - Transport	<ul> <li>CLSC</li> <li>OPHQ (transport adapté)</li> </ul>	<ul> <li>Protocole CRDI-CLSC</li> <li>Cadre de référence du Programme d'organisation de services intensifs et à long terme pour personnes handicapées (POSILTPH)</li> <li>PI</li> <li>Plan de service individualisé</li> </ul>
SERVICES SPÉCIALISÉS D'ADAPTATION, DE RÉADAPTATION ET D'INTÉGRATION SOCIALE  - Intervention concertée pendant attente diagnostic (CRDI/HJR)  - Intervention précoce  - Soutien auprès des 7 à 21 ans  - Soutien aux familles et aux proches  - Ergothérapie, orthophonie  - Soutien spécialisé aux partenaires  - Soutien à la vie résidentielle	CRDI Normand-Laramée     CRDI Normand-Laramée/HJR     (intervention concertée pendant diagnostic, PIC)	<ul> <li>Guide pour faciliter l'action concertée en matière d'intégration des enfants handicapés en milieu de garde</li> <li>Table de concertation régionale pour l'intégration en milieu de garde (OPHQ)</li> <li>Entente de complémentarité MSSS-MEQ</li> <li>Ententes CRDI-Commissions scolaires</li> <li>Contrats d'intégration en stage ou à l'emploi avec entreprises</li> <li>Projet de logement à soutien gradué CLSC-CRDI Contrats de services CRDI-Ressources</li> <li>PI, PSI</li> <li>Comité régional intersectoriel d'élaboration et de suivi des plans d'action régional</li> <li>Entente CRDI-HJR pour double déficience</li> </ul>

## oire 11 (suite)



SERVICES	PRESTATAIRES	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
SERVICES ÉDUCATIFS POUR LES ÉLÈVES HANDICAPÉS - Classes ordinaires - Classes spécialisées - Écoles spécialisées	- CSDL	<ul> <li>Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation</li> <li>PI, PSI</li> <li>Plan de transition (comité école/vie active)</li> </ul>
SOUTIEN AUX FAMILLES  - Évaluation des besoins et allocations pour répit- dépannage gardiennage  - Services de répit, de dépannage et de gardiennage	CLSC     OC     Société de l'autisme	- Cadre de référence du programme de soutien à la famille
ACTIVITÉS DE JOUR  - Activités de développement de l'autonomie  - Loisirs	- OC	- Comité régional sur les activités de jour
SERVICES SPÉCIALISÉS POUR LES CLIENTÈLES MULTIPROBLÉ-MATIQUES	- Collaboration CRDI et CJL (collaboration avec l'Hôpital du Sacré-Cœur Pavillon Albert- Prévost au besoin)	<ul> <li>PSI</li> <li>Ententes de services</li> <li>Projet régional pour ces clientèles</li> <li>ÉIJ</li> <li>Entente CRDI-HJR pour double déficience</li> </ul>

### **TRAJECTOIRE 11**

# 3.11 Les services spécifiques et spécialisés pour les enfants et les jeunes de 0 à 21 ans présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED)<sup>183</sup>

Cette trajectoire correspond essentiellement à la configuration des services spécifiques et spécialisés des CLSC de Laval, du CRDI Normand-Laramée et de quelques autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux concernés à des étapes précises de l'offre de service. Cette configuration découle d'orientations MSSS contenues dans De l'intégration sociale à la participation sociale Plan d'action de la politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches. Ce plan d'action vise clairement la participation sociale des personnes présentant une DI.

Il en va de même pour les orientations et le plan d'action MSSS, « *Un geste porteur d'avenir* ». En plus de promouvoir la même approche, ces orientations spécifiques aux personnes présentant un TED interpellent sensiblement les mêmes acteurs et préconisent une organisation de services semblable à celle dédiée aux personnes présentant une DI. C'est pourquoi nous incluons les enfants et les jeunes présentant un TED (*avec ou sans DI*<sup>184</sup>) et leur famille au présent portrait de l'organisation des services.

Seront aussi abordées les modalités d'intégration des jeunes présentant une DI ou un TED dans le réseau scolaire et les collaborations prévues, à ces fins, avec le réseau de la santé et des services sociaux.

La trajectoire fait aussi état des services donnés en complémentarité par les organismes communautaires.

### 3.11.1 Quelques données

Le MSSS estime que 3 % de la population présente une DI et qu'environ 0,5 % pourrait requérir des services spécialisés d'un CRDI (MSSS, 2001). Dans le cadre des travaux de la Fédération québécoise des CRDI (FQCRDI) consacrés à l'évaluation de programme, ce dernier taux a été établi à 0,4 %, (Hogan, 1983). Toutefois, ce taux devra être révisé à la hausse en fonction du taux réel de Hogan et de l'évolution de la nature et de la consommation effective de services afin de tenir compte de la réalité québécoise.

Pour estimer de manière très approximative le nombre de personnes TED, le MSSS (2003) propose les paramètres suivants :

- ✓ un taux de prévalence de 27 pour 10 000 dans la population de 1 à 19 ans;
- ✓ un taux de prévalence de 15 pour 10 000 dans la population de 20 à 64 ans.

<sup>183.</sup> L'âge de 21 ans est considéré dans la présente offre de service compte tenu du fait que la majorité des jeunes ici concernés sont encore à l'école et que les services offerts habituellement aux adolescents se poursuivent jusqu'à cet âge.

<sup>184.</sup> Pour alléger le reste du texte, nous utiliserons « trouble envahissant du développement » pour désigner les troubles envahissants du développement avec ou sans déficience intellectuelle.

Les tranches de population ayant moins de 1 an ou plus de 65 ans n'ont pas été retenues compte tenu des difficultés à poser des diagnostics et à développer des moyens d'intervention adaptés à ces âges.

#### Autres données :

« De plus en plus d'enfants présentant une déficience intellectuelle de 0 à 5 ans fréquentent les services de garde ordinaires: environ 2 636 enfants handicapés en 2003-2004. comparativement à un total de 500 enfants handicapés en 1997-1998<sup>187</sup>. Selon le rapport financier du MESSF, 144 enfants handicapés auraient été reçus dans les services de garde de Laval en 2003-2004. »

« Les enfants présentant une déficience intellectuelle sont maintenant scolarisés dans les écoles ordinaires, surtout dans les classes spécialisées. Au primaire, 35 % des enfants ayant une déficience légère sont dans une classe ordinaire. Cette proportion passe à 25 % pour ceux présentant une déficience moyenne et à 4 % pour ceux ayant une déficience sévère. Au secondaire, cette proportion est de 9 % pour les élèves ayant une déficience légère, alors que les autres font tous partie de classes spécialisées. Plusieurs parents et organismes qui les représentent croient qu'il faut renforcer la scolarisation en classe ordinaire 188. »

« À la naissance d'un enfant présentant une déficience intellectuelle ou lorsqu'on établit un tel diagnostic, un faible nombre de parents ont recours à des mesures de placement (...). Au Ouébec, environ 14 % des enfants en cause vivent dans un milieu substitut, soit 673 enfants<sup>189</sup>. »

En 1997-1998, 1 033 099 élèves étaient inscrits à l'éducation préscolaire, au primaire et au secondaire. De ce nombre, 13 011 élèves, soit 1,26 % de l'effectif scolaire, étaient handicapés 190,191.

#### 3.11.2 Définition des clientèles et description des services spécifiques et spécialisés

Les partenaires concernés par les services spécifiques et spécialisés en DI et en TED définissent ainsi les personnes visées par leurs services.

Les partenaires au Cadre de référence de l'entente nationale entre les établissements exploitant un CLSC et les CRDI retiennent la définition suivante pour identifier une personne ayant une DI: « le retard mental est une incapacité caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement

Source des données de 2003-2004 : MESSF, Rapport financier 2003-2004, État de l'occupation et des présences réelles. 185

Par le terme « enfants handicapés », le MESSF désigne tout type de handicap sans distinction : intellectuel, TED, physique.

MSSS, De l'intégration sociale à la participation sociale, Politique de soutien aux personnes présentant une déficience 187. intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches, 2001, page 16.

MSSS, De l'intégration sociale à la participation sociale, Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches, 2001, page 17.

<sup>189.</sup> MSSS, De l'intégration sociale à la participation sociale, Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches, 2001, page 16.

<sup>190.</sup> Le milieu scolaire utilise le terme « élèves handicapés » pour désigner les enfants et les jeunes ayant une déficience intellectuelle.

MÉQ, Une école adaptée à tous ses élèves, Projet de politique de l'adaptation scolaire, mars 1999, page 3.

intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans 192 ».

Les mêmes partenaires circonscrivent ainsi les personnes ayant des troubles envahissant du développement. « Les TED regroupent cinq syndromes liés à des déficiences qualitatives, sévères et envahissantes dans les trois aspects du développement : les interactions sociales, la communication verbale et non verbale, les intérêts et les comportements restreints, stéréotypés et répétitifs. Ce sont le trouble autistique, le syndrome d'Asperger, le trouble envahissant du développement non spécifié, les troubles désintégratifs de l'enfance et le syndrome de Rett<sup>193</sup> ». Les enfants avec syndrome de Rett sont généralement suivis par les services accueillant les enfants qui présentent une déficience physique.

Afin d'adapter les services éducatifs aux élèves handicapés, l'article 1 de la Loi sur l'instruction publique définit ainsi la « personne handicapée » : « toute personne limitée dans l'accomplissement d'activités normales et qui, de façon significative et persistante, est atteinte d'une déficience physique ou mentale ou qui utilise régulièrement une orthèse, une prothèse ou tout autre moyen pour pallier son handicap<sup>194</sup> ».

Ainsi, le but ultime de la *Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches* de laquelle découle la présente organisation de services, *est le fonctionnement d'un réseau de services intégrés qui offrira aux personnes visées la gamme de services dont elles ont besoin*<sup>195</sup>. Dans un contexte favorisant l'intégration sociale, l'idée qu'un seul établissement réponde aux besoins de l'ensemble des personnes visées ne peut plus être soutenue. On vise maintenant à ce que les personnes ayant une déficience intellectuelle trouvent réponse à leurs besoins et réalisent leurs activités dans les mêmes lieux que les personnes sans déficience, qu'elles puissent recourir aux services médicaux courants et s'adresser aux divers établissements et services du réseau de la santé et des services sociaux, selon leurs besoins particuliers<sup>196</sup>.

À cet égard, l'organisation des services aux personnes présentant un TED et décrite dans « *Un geste porteur d'avenir* » présente de grandes similarités. Toutefois, certains services contenus dans la gamme de services souhaitée sont propres aux personnes présentant un TED. Lorsque cela se produit, nous ferons ressortir ces spécificités.

Agence de santé et de services sociaux de Laval

<sup>192.</sup> Association des CLSC et des CHSLD du Québec, Fédération québécoise des CRDI, MSSS, Régies régionales de la santé et des services sociaux, Cadre de référence de L'entente nationale entres les établissements exploitant un CLSC et les CRDI, Pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou présentant un trouble envahissant du développement, leur famille et leurs autres proches: Des services accessibles, continus et complémentaires, Document de consultation, novembre 2003, page 6.

<sup>193.</sup> Association des CLSC et des CHSLD du Québec, Fédération québécoise des CRDI, MSSS, Régies régionales de la santé et des services sociaux, Cadre de référence de L'entente nationale entres les établissements exploitant un CLSC et les CRDI, Pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou présentant un trouble envahissant du développement, leur famille et leurs autres proches: Des services accessibles, continus et complémentaires, Document de consultation, novembre 2003, page 6.

<sup>194.</sup> MÉQ, Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires, Élèves handicapés ou élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA) : définitions, page 9.

<sup>195.</sup> MSSS, *De l'intégration sociale à la participation sociale*, Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches, 2001, page 13.

<sup>196.</sup> MSSS, *De l'intégration sociale à la participation sociale*, Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches, 2001, page 18

La gamme de services souhaitée comprend :

- ✓ la prévention de la DI;
- ✓ l'accès des personnes vivant avec une DI ou un TED aux services de santé et aux services sociaux destinés à l'ensemble de la population;
- ✓ les services spécifiques et spécialisés favorisant le développement des capacités des personnes présentant une DI ou un TED, de même que leur intégration et leur participation sociales;
- ✓ le soutien aux familles et aux proches;
- ✓ les services spécialisés pour les personnes ayant des problèmes multiples.

### À Laval,

### ✓ En matière de prévention de la DI et des TED

Le recours aux pratiques cliniques préventives en période périnatale est prévu pour réduire les anomalies congénitales, les conséquences de certaines maladies héréditaires ou pour prévenir d'autres problèmes qui pourraient compromettre le développement de l'enfant aux étapes prénatale et postnatale. D'autres mesures des services sociaux et de santé liées à la petite enfance, favorisant le développement des enfants et visant une intervention précoce s'adressent à tous ou aux familles vulnérables. Les enfants présentant une DI ou un TED peuvent aussi en bénéficier. Nous faisons état du déploiement de ces mesures dans les trajectoires 4.1 et 4.2. Ces trajectoires concernent les offres de service à caractères universel et sélectif pour les enfants de 0 à 4 ans et leur famille.

## ✓ L'accès des personnes vivant avec une DI ou un TED aux services de santé et aux services sociaux destinés à l'ensemble de la population

Les CLSC de Laval, par leur engagement auprès des jeunes enfants présentant une DI ou un TED et leur famille, se disent très sensibilisés à l'accueil des jeunes visés et leurs proches dans leurs services sociaux et de santé généraux et ont développé la compétence et fait les ajustements nécessaires.

De son côté, le CRDI Normand-Laramée s'emploie à concevoir des moyens pour que les services, offerts à l'ensemble de la population, soient accessibles et à diffuser l'information nécessaire à ce sujet. Ainsi, il assure le soutien aux partenaires dans l'adaptation de leurs services aux besoins des personnes ayant des incapacités intellectuelles ou présentant des TED par des collaborations ponctuelles ou des démarches conjointes permettant de préparer les plans de services et d'en assurer le suivi, etc. Ce soutien s'exerce notamment auprès des CLSC, mais aussi auprès des centres de la petite enfance, du milieu scolaire, des camps de jour, des organismes de loisirs, des services de garde en milieu familial, dans les transports, etc.

Parmi les services en amont des services spécifiques et spécialisés, la nature des TED impose une sensibilisation particulière de la population et des intervenants des différents secteurs, la disponibilité de moyens pour soutenir l'exercice et la défense des droits des personnes<sup>197</sup>.

<sup>197.</sup> MSSS, Un geste porteur d'avenir, Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches, 2003, page 31.

Depuis 2001, le comité des personnes-ressources en TED de Laval composé de représentants du CRDI Normand-Laramée et de la Société de l'autisme et des TED de Laval (SATL), a élaboré un devis de formation qui s'adresse aux intervenants et aux parents. Ce programme de sensibilisation et de formation offre une variété de cours s'adressant, selon le sujet abordé, soit à des intervenants qui connaissent peu l'autisme ou à ceux qui veulent pousser encore plus loin leurs connaissances. Les cours sont en tout temps disponibles aussi aux parents. Par ailleurs, en début d'année le CRDI Normand-Laramée offre de rencontrer les étudiants des écoles primaires afin de les sensibiliser à la différence. La même offre est aussi proposée aux moniteurs de camps, à qui on offre une session personnalisée qui tient compte du groupe d'enfants qu'ils accueilleront.

En aval de ces services, se situent les services spécifiques et spécialisés favorisant le développement des capacités des personnes présentant une DI ou un TED de même que leur intégration et leur participation sociales. Ces services comprennent à toutes les étapes le soutien aux familles et aux proches. Ce sont ces services qui font l'objet détaillé de la présente trajectoire.

### 3.11.3 Les prestataires et partenaires

### a) Le réseau de la santé et des services sociaux

Les prestataires de services spécifiques et spécialisés pour les enfants et les jeunes présentant une DI ou un TED sont les CLSC de Laval et le CRDI Normand-Laramée. Les responsabilités se partagent entre eux selon trois axes<sup>198</sup> :

- √ les caractéristiques des clientèles et leurs besoins;
- ✓ le type d'intervention caractérisé par sa complexité et son intensité;
- ✓ le milieu de vie (naturel ou substitut).

Présentement, les CLSC et le CRDI Normand-Laramée se sont entendus sur un cheminement de la demande qui détermine les rôles respectifs et conjoints à l'étape de l'accueil-évaluation-orientation. Dans le cadre du Plan d'action en élaboration entre les partenaires régionaux et parce qu'ils souscrivent au *Cadre de référence de l'Entente nationale entre les établissements exploitant un CLSC et les CRDI*, les CLSC de Laval et le CRDI Normand-Laramée devraient, par protocole, préciser aussi leurs axes respectifs de responsabilités pour le suivi et la continuité de l'intervention.

Pour les situations complexes ou à l'étape du diagnostic, d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont mis à contribution. Il peut s'agir de Cité de la Santé-CARL, de l'HJR, du CR Marie Enfant, de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (*Pavillon Albert-Prévost*), de l'Hôpital Sainte-Justine, de l'Hôpital de Montréal pour enfants, du CJL.

### b) Le milieu scolaire

Le milieu scolaire déploie les mesures de soutien ou d'adaptation requises pour offrir des services éducatifs appropriés aux besoins des élèves qui présentent une DI ou un TED. La commission

<sup>198.</sup> Cadre de référence de L'Entente nationale entre les établissements exploitant un CLSC et les CRDI, Pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou présentant un trouble envahissant du développement, leur famille et leurs autres proches : Des services accessibles, continus et complémentaires, Document de consultation, novembre 2003, page 16.

scolaire adopte une politique relative à l'organisation des services éducatifs qui assure l'intégration harmonieuse dans une classe ou un groupe ordinaire et aux autres activités de l'école de chacun de ces élèves lorsque l'évaluation de ses capacités et de ses besoins démontre que cette intégration est de nature à faciliter les apprentissages et son insertion sociale et qu'elle ne constitue pas une contrainte excessive ou ne porte atteinte de façon importante aux droits des autres élèves. Cette politique doit notamment prévoir :

- les modalités d'évaluation des élèves handicapés et des élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage;
- les modalités d'intégration de ces élèves dans les classes ou groupes ordinaires et aux autres activités de l'école ainsi que les services d'appui à cette intégration;
- les modalités de regroupement de ces élèves dans des écoles, des classes ou des groupes spécialisés;
- les modalités d'élaboration et d'évaluation des plans d'intervention destinés à ces élèves<sup>199</sup>.

Aux services aux élèves handicapés, se greffent des services éducatifs complémentaires qui comprennent des mesures de soutien et d'encadrement, déployées selon une approche globale et systémique.

Les mesures déployées par le milieu scolaire sont consignées au plan d'intervention ou au plan de transition, coordonné par la direction d'école et établi en partenariat avec les parents, l'élève, le personnel qui dispense des services à cet élève. À la période de la petite enfance, les CPE peuvent aussi être interpellés.

Généralement, pour les enfants et les jeunes qu'il dessert, le CRDI Normand-Laramée participe à l'élaboration du plan d'intervention de concert avec l'école. Dans ce cadre, l'accent est mis, à soutenir la participation du parent au plan d'intervention de son enfant et sur l'inscription complémentaire de celui-ci. Toutefois, la participation du CRDI Normand-Laramée peut varier selon les milieux et les besoins de l'enfant.

Plus globalement, les rôles respectifs et conjoints des deux organismes sont balisés dans l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. De même, des liens étroits sont créés avec le Service de l'enseignement et de l'adaptation scolaire de la CSDL. À titre d'exemple, mentionnons, entre autres, le Comité de vie active qui a entrepris une démarche concertée pour assurer le passage de l'école à la vie active pour les élèves ayant des incapacités, dans le cadre du déploiement du plan de transition.

### c) La communauté

De nombreux autres acteurs de la communauté agissent à un moment ou à un autre dans la vie des personnes présentant une DI ou un TED, soit l'Office des personnes handicapées du Québec, les centres locaux d'emploi, Option travail, la Fondation Intégraction du Québec, les organismes communautaires tels le Mouvement Personne d'Abord, le Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval (ROPPHL), l'Association de Laval pour la déficience intellectuelle (ALDI), l'Association québécoise des troubles d'apprentissage (AQUETA)<sup>200</sup>,

<sup>199.</sup> Loi sur l'Instruction publique, à jour au 18 mai 2004, page 58.

<sup>200.</sup> Tous troubles d'apprentissage indépendamment de leur origine.

l'Association québécoise des traumatisés crâniens, les Ateliers adaptés Stimul'Arts, les Services du Chat botté de Laval, Gymn-Eau Laval, la Société de l'autisme et des TED (Laval), l'Association lavalloise pour le transport adapté, les Entreprises qualité de vie (*TED seulement*).

Les organismes communautaires participent à l'aide destinée aux enfants ayant une DI ou un TED et à leur famille en offrant des services de répit, de gardiennage et de dépannage et aussi des activités de jour. Ces activités visent le développement de l'autonomie, donnent accès à du loisir et renforcent le réseau social de l'enfant. De plus, les organismes communautaires soutiennent les parents à toutes les étapes de l'évolution de leur enfant, font valoir leur droit, travaillent au développement de services appropriés et offrent de l'accompagnement lors de leurs démarches, au besoin. Certains d'entre eux offrent des services d'intégration socioprofessionnelle. La collaboration entre les organismes communautaires de Laval et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux comportent une dimension informelle mais aussi des moyens plus formels tels des projets et initiatives conjoints, formation, etc. À titre d'exemple, nous pouvons nommer la Table pour l'intégration des enfants en services de garde de Laval qui existe depuis plus de 10 ans et qui est une des plus actives au Québec. À cette Table, on retrouve l'ensemble des intervenants de Laval, incluant les réseaux des services de garde public, privé et scolaire, ceux de la santé et des services sociaux, et l'ensemble du milieu associatif et communautaire.

### 3.11.4 Les services spécifiques et spécialisés en DI-TED

### 3.11.4.1 Les services spécifiques de première ligne des CLSC

Voici les services spécifiques de première ligne des CLSC offerts aux jeunes présentant une DI ou un TED et leur famille :

- ✓ la gestion de l'accès aux services (information, orientation, accès à l'évaluation sommaire des besoins);
- √ la stimulation précoce;
- √ l'évaluation des besoins des proches;
- ✓ le soutien psychosocial aux proches dès l'annonce du diagnostic;
- ✓ le soutien à l'intégration et au maintien en milieu de garde;
- ✓ l'évaluation des besoins et les allocations pour répit-dépannage gardiennage;
- ✓ le soutien à domicile.

Dans la section sur l'offre de service pour les 0 à 4 ans du document *Allons à l'essentiel, Laval*, les CLSC lavallois décrivent ainsi leurs services spécifiques en DI et en TED :

« Comme le CLSC est la porte d'entrée du réseau pour l'accessibilité des services spécialisés en DI-DP, les intervenants sont appelés à évaluer, à accompagner et soutenir le parent et l'enfant jusqu'à l'obtention des services.

Il demeure également l'intervenant-pivot dans le dossier et est ainsi appelé à accompagner le parent et l'enfant tout au long de l'intégration dans les différents stades de l'évolution (milieu de garde, scolaire, CH spécialisés, etc.).

Les intervenants impliqués dans l'offre de service sont principalement des ergothérapeutes, des TSP, des auxiliaires familiales, des psychoéducatrices et des infirmières<sup>201</sup> ».

Plusieurs de ces activités des CLSC ont lieu à domicile.

En ce qui concerne les allocations pour répit-dépannage-gardiennage, elles proviennent de fonds à l'intention des jeunes de la naissance à 18 ans, toutes problématiques confondues. Les enfants de la naissance à 11 ans sont principalement visés par ces allocations. Les besoins de répit qui concernent les jeunes ayant de 12 à 17 ans se traduisent davantage par du dépannage en hébergement, ressource inexistante présentement dans la région<sup>202</sup>.

Les CLSC considèrent que ces budgets sont minimes, mais que leur utilisation est faite de façon judicieuse et efficiente. Ils souhaitent toutefois voir ceux-ci augmenter et tendre vers la norme provinciale de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec. En outre, pour les allocations spécifiques à la DI et au TED, les CLSC se réfèrent au Cadre de référence du programme de soutien à la famille.

### 3.11.4.2 Les services spécialisés de deuxième ligne d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale

Advenant le cas de l'attente d'un diagnostic qui pourrait mener au recours à des services spécialisés, le CRDI Normand-Laramée et l'HJR sont associés dans un PIC. Par ce projet, ils font « équipe » afin de soutenir la famille jusqu'au début du processus d'évaluation diagnostique différentielle et l'orienter vers les services appropriés.

Les services spécialisés ( $2^e$  ligne) d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale du CRDI Normand-Laramée comprennent :

### ✓ L'intervention précoce (naissance à 6 ans)

L'intervention précoce vise à optimiser le potentiel de développement global de l'enfant ainsi que l'établissement des bases de son développement ultérieur.

Elle vise également à renforcer les compétences de la famille et des proches à stimuler le développement de l'enfant, à faciliter son intégration en milieu de garde ou en milieu scolaire, de même qu'à soutenir les expériences qui s'y vivent.

De plus, pour les enfants présentant un TED âgés entre 2 et 5 ans, l'intervention précoce intensive proposée par l'équipe de L'Étincelle (du CRDI Normand-Laramée) vise à favoriser des apprentissages qui permettent la participation de l'enfant à des activités fonctionnelles propres à son âge. Ces interventions se concrétisent principalement en milieu spécialisé et grâce à une équipe multidisciplinaire. Les activités sont réalisées de façon régulière et sont faites sur une base

<sup>201.</sup> CLSC de la région de Laval, *Allons à l'essentiel*, *Programmation des services famille-enfance-jeunesse des CLSC de Laval*, Collecte de données, Document réalisé par Ginette Gingras, avril 2003, page 30.

<sup>202.</sup> Tiré de *Allons à l'essentiel*, *Programmation des services famille-enfance-jeunesse des CLSC de Laval*, Collecte de données, Document réalisé par Ginette Gingras, avril 2003, pages 28, 66, 67, 97, 98.

individuelle et en petit groupe. Aussi, des activités de suivi dans les milieux de vie (domicile, CPE, milieu de garde, école) de l'enfant permettent d'assurer la généralisation des acquis par l'identification et le transfert de stratégies d'action utiles aux personnes qui interagissent avec lui. Elles favorisent également une continuité dans l'accompagnement et l'intervention élaborés et mis de l'avant en milieu spécialisé.

### ✓ Les services de soutien auprès des jeunes de 7 à 21 ans

Ces services d'adaptation-réadaptation visent le développement des habiletés (cognitives, de communication, socioémotionnelles, comportementales ainsi que de l'autonomie fonctionnelle) chez le jeune. L'intervention se fait principalement par des éducateurs et à domicile avec le concours des parents, des frères et sœurs ou d'autres proches de la famille. Aussi, comme le CRDI Normand-Laramée vise à intégrer le jeune dans les milieux typiques à son âge, il intervient également auprès de ces milieux.

### ✓ Le soutien aux familles et aux proches

Le soutien aux familles et aux proches se traduit par diverses actions en vue d'aider les membres de la famille à comprendre la nature de la condition de l'enfant, de même que ses impacts sur ses situations de vie et les interactions avec l'entourage. Il se traduit plus spécifiquement par une assistance éducative consistant à les soutenir dans les efforts qu'ils déploient pour favoriser le développement de l'enfant et sa participation à la vie de son entourage.

### ✓ Les services professionnels spécialisés en ergothérapie

À partir de l'évaluation des habiletés de l'enfant sur le plan moteur et sensorimoteur, en tenant compte des caractéristiques de l'environnement physique et social, l'ergothérapeute favorise le développement de l'autonomie fonctionnelle de l'enfant, relativement à des activités quotidiennes qui lui sont significatives. Ses interventions reposent sur un ensemble d'activités ainsi que sur des adaptations de l'environnement physique et social. L'ergothérapeute peut intervenir directement auprès de l'enfant ou en donnant de l'information et du soutien-conseil aux éducateurs, aux parents et à l'entourage.

### ✓ Les services professionnels spécialisés en orthophonie

À partir de l'évaluation des habiletés de l'enfant sur le plan de la communication, de même que ses incapacités et leurs impacts, l'orthophoniste intervient de manière à favoriser le développement du langage verbal ou non verbal et actualiser, chez l'enfant et ses interlocuteurs, des stratégies de communication. L'orthophoniste peut intervenir de manière directe auprès de l'enfant ou en donnant de l'information et du soutien-conseil aux éducateurs, aux parents et à l'entourage.

### ✓ Les services de soutien spécialisé aux partenaires et à la communauté

Pour que la personne soit réellement intégrée à son milieu et qu'elle dispose des moyens nécessaires à une participation sociale effective, le CRDI Normand-Laramée collabore étroitement avec les différents secteurs de l'activité sociale et les soutient, au besoin : centre de la petite enfance, éducation, santé, transport, milieu résidentiel, de loisir, de travail, etc. Aussi, le soutien spécialisé peut être offert aux organismes ou associations offrant un type de services non spécialisé (camp de vacances, centres de jour, maison de répit, etc.).

### Le soutien spécialisé à l'intégration scolaire

Le soutien à l'intégration scolaire vise à établir des formes de collaboration avec l'école, à partir de l'évaluation des besoins des jeunes, pour assurer le suivi des jeunes présentant des incapacités intellectuelles ou des TED avec ou sans DI. À partir de l'évaluation des besoins des jeunes, le soutien à l'intégration scolaire s'inscrit dans une démarche de collaboration avec l'école. L'intervention s'adresse aux jeunes intégrés en classe ordinaire ou en classe spécialisée à l'école régulière ou à l'école spécialisée. Certaines interventions peuvent aussi voir le jour en CPE, en concertation avec les partenaires.

### Les services d'intégration socioprofessionnelle en stage ou en emploi

Ces services visent à offrir aux jeunes (28, en 2004) l'aide nécessaire au développement de leurs capacités de travail et de leur autonomie fonctionnelle pour qu'ils soient en mesure d'intégrer le marché du travail tout en assurant un arrimage avec les services relatifs à l'intégration socioprofessionnelle des autres secteurs (emploi, formation professionnelle, etc.). Ils fournissent également le soutien approprié pour que des jeunes puissent profiter d'activités valorisantes et contributives au sein de leur communauté, lorsqu'ils ne sont pas sur le marché du travail. C'est aussi par ce service que s'effectuent les collaborations avec le milieu scolaire pour soutenir la personne dans la période de transition école/travail.

### Le soutien à la communauté

Les services du CRDI Normand-Laramée visent principalement à sensibiliser, informer et soutenir la communauté environnante du jeune afin qu'il développe une meilleure connaissance de la personne vivant avec une DI ou un TED et vienne à créer des liens de réciprocité avec elle. On vise ainsi à favoriser une meilleure interaction entre la personne et son milieu.

### ✓ Le soutien à la vie résidentielle

### Répit spécialisé

Le répit spécialisé vise entre autres à prévenir l'épuisement des parents. Pour ce faire, le CRDI Normand-Laramée assure aux familles des services d'hébergement temporaire pour les personnes dont les besoins nécessitent un encadrement humain possédant des compétences particulières ou un encadrement physique spécifique.

### Hébergement

Le recours à l'hébergement constitue une mesure d'exception qui amène l'enfant à vivre dans un autre milieu de vie que sa famille naturelle. Les responsables de ressource résidentielle répondent aux besoins de l'enfant en lieu et place de la famille, de manière temporaire ou permanente. Ils offrent ainsi le gîte et le couvert à l'enfant, assurent ses autres besoins de base, l'accompagnent dans ses activités quotidiennes et collaborent à la mise en application des orientations du PI. Bien que l'enfant soit hébergé, les parents demeurent les premiers responsables de l'enfant.

### Dépannage

Lorsque survient une situation urgente nécessitant une mesure résidentielle temporaire (ex. : hospitalisation d'un parent, etc.), il est possible d'avoir recours au service de dépannage. Le service de dépannage offre l'hébergement temporaire de l'enfant dans un milieu sécuritaire et confortable, où son bien-être est pris en considération. Ce service permet de pallier les situations imprévues et souvent délicates en fournissant un gîte à l'enfant. Le service de dépannage est une mesure tout aussi exceptionnelle que les situations qui conduisent à son utilisation.

Pour tous les volets du soutien à la vie résidentielle, le CRDI Normand-Laramée fonctionne par contrats de services avec les ressources retenues à ces fins.

### 3.11.4.3 Les services spécialisés pour les jeunes présentant de multiples problématiques

Pour les enfants et les jeunes cumulant plusieurs problématiques, dont celle de la DI ou du TED, le CLSC-CHSLD du Marigot, le CJL, le Centre Le Maillon, le CRDI Normand-Laramée et le service de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur font partie de l'ÉlJ (projet pilote<sup>203</sup>) ayant pour but de coordonner leurs interventions auprès d'un même jeune.

Pour les enfants et les jeunes cumulant une DI et une difficulté d'adaptation, le CRDI Normand-Laramée et le Centre jeunesse de Laval démarrent le PIC s'adressant à une clientèle dite « multiproblématique ». Son déploiement complet est prévu pour 2005 et il vise à mettre en commun les expertises et une meilleure coordination de leurs services pour les usagers dont les besoins sont comblés par les missions et programmes respectifs des deux établissements. Il s'agit en quelque sorte d'offrir un même réseau de service à ces enfants. Par ailleurs, pour les enfants et les jeunes ayant aussi un problème de santé mentale, cette équipe aura recours, par convention d'usage et lorsque nécessaire, aux services de pédopsychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur.

L'HJR et ses points de services – l'Association montréalaise pour les aveugles (AMA), l'Institut Nazareth et Louis Braille (INLB), le CR Marie Enfant, l'Institut Raymond Dewar – peuvent être interpellés dans tous les cas où le jeune présente une déficience physique associée.

<sup>203.</sup> Projet pilote à partir du territoire du Marigot mai accueillant les demandes de tous les territoires.

#### 3.11.5 L'utilisation des services

Le TABLEAU 32 présente le nombre d'usagers des services en DI et en déficience physique offerts par les CLSC aux enfants de la naissance à 4 ans.

TABLEAU 32 Nombre d'usagers et nombre d'interventions des CLSC auprès des enfants de la naissance à 4 ans présentant une DI ou une DP

Nombre d'usagers et nombre d'interventions	Marigot	Mille-Îles	Ruisseau-Papineau	Sainte-Rose de Laval	Laval
Nombre d'usagers	148	84	130	107	469
Nombre d'interventions	1 240	260	1 279	316	3 095
Nombre d'interventions moyennes/usager	8	3	10	3	6

Source: Allons à l'essentiel, avril 2003.

Au 31 décembre 2003, le CRDI Normand-Laramée offrait des services à 1 260 personnes présentant une DI ou un TED. Parmi celles-ci, 543 jeunes de la naissance à 21 ans. Ainsi, les jeunes représentent 44 % des usagers du CRDI Normand-Laramée.

Au 31 mars 2004, le CRDI Normand-Laramée offrait des services à environ 363 enfants et jeunes, âgés de la naissance à 21 ans, vivant avec des incapacités intellectuelles ou un retard de développement et à leur famille. Si on considère la moyenne de services par usager de 1,72, le CRDI donnerait autour de 629 services à ce groupe.

Au 31 mars 2004, il offrait des services à près de 205 enfants ou jeunes (de la naissance à 21 ans) ayant un TED ainsi qu'à leur famille. Le TABLEAU 33 présente les services qui leur sont proposés.

**TABLEAU 33** Nombre d'usagers (de la naissance à 21 ans) des services du CRDI Normand-Laramée

Service	Âge	Nbre d'enfants/jeunes présentant une DI (31 mars 2004)	Nbre d'enfants/jeunes présentant un TED (31 mars 2004)
Intervention précoce	Naissance à 6 ans	88	54
Intervention intensive Étincelle (TED)	2 à 5 ans	N/A	25
Soutien auprès des jeunes	7 à 21 ans	245	120
Ergothérapie	Naissance à 21 ans	51	59
Orthophonie	Naissance à 21 ans	43	24
Soutien aux partenaires et à la communauté :			
Intégration scolaire :	5 ans à 21 ans	253	134
Intégration socioprofessionnelle :	16 à 21 ans	28	aucun
Répit	Naissance à 21 ans	54	44
Hébergement	Naissance à 21 ans	42	23
Dépannage	Naissance à 21 ans	10	aucun
Soutien à la famille et aux proches	Naissance à 21 ans	340	174

Source: CRDI Normand-Laramée, juin 2004.

TABLEAU 34 Nombre d'élèves ayant une DI ou un TED à la CSDL

	DI	TED (avec ou sans DI)
Préscolaire – Primaire	117	153
Secondaire	122	81
TOTAL	239	234

Source : CSDL, juin 2005.

Note: Certains élèves cumulent plus d'un type de déficiences, de sorte qu'un certain nombre d'entre eux a été comptabilisé, à la fois, dans les trajectoires DI-TED (trajectoire 11) et DP (trajectoire 12).

### 3.11.6 L'accueil, l'évaluation du besoin et l'orientation

La porte d'entrée principale aux services en DI est le CLSC. Le CLSC procède à une évaluation sommaire des besoins de l'enfant et de ses proches en s'assurant que le diagnostic est inclus dans le processus d'évaluation. Au besoin, l'aide du CRDI Normand-Laramée sera disponible sur demande. D'autres prestataires de services peuvent collaborer à l'établissement du diagnostic (clinique du développement du CARL, psychologues en pratique privée, etc.). Dans tous les cas, l'évaluation est effectuée en utilisant l'outil multiclientèle. L'intervenant du CLSC accompagne de façon soutenue l'enfant et ses proches dans leurs démarches pour obtenir les services des divers dispensateurs. De même, à la suite de l'établissement du diagnostic, dans la période qui précède l'inscription à un service, la famille est soutenue par le CLSC ou le CRDI Normand-Laramée. Pour ces étapes de l'accueil, de l'évaluation du besoin et de l'orientation de la demande, le mécanisme d'accès régional, établi en concertation avec les partenaires, et le cheminement de la demande convenu entre le CRDI Normand-Laramée et les CLSC, s'appliquent. Ainsi, tout au cours du cheminement de la demande de service, les référents peuvent compter sur une mise en commun des expertises et une coordination des interventions. Ils peuvent, entre autres, éviter de répéter les informations requises. Pour les enfants et les jeunes présentant un TED, les mécanismes d'accès, d'évaluation du besoin et de l'orientation sont similaires.

Pour les enfants en attente d'un diagnostic différentiel dans une clinique du développement (*dont celle du CARL*), le CRDI Normand-Laramée et l'HJR offrent conjointement le PIC. Il s'agit de services spécialisés de stimulation et de soutien pour les enfants dont les parents ont souhaité recevoir des services pendant une période d'attente qui peut durer de 10 à 12 mois. Les services du PIC prennent fin lorsque l'enfant est recu pour son premier rendez-vous à une clinique du développement.

Pour adapter les services éducatifs à l'élève handicapé, le milieu scolaire prend appui sur un diagnostic posé par le personnel qualifié. De même, le PI tient compte des diagnostics qui précisent souvent l'origine des limitations, les incapacités ainsi que les besoins et les capacités de l'élève pour orienter le choix des services éducatifs appropriés. Pour toutes ces considérations, le milieu scolaire est en lien avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux en vertu de l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. L'entente identifie s'il y a lieu de développer des services pour répondre aux besoins de la clientèle.

### 3.11.7 L'intervention, le suivi et la continuité

Les différents partenaires associés (*CLSC*, *CRDI Normand-Laramée*, *autres établissements*, *CPE*, *école*, *etc*.) à l'intervention, au suivi et à la continuité des services pour l'enfant et le jeune présentant une DI ou un TED agissent de manière concertée. Cela consiste à partager les responsabilités de l'action dans une vision de complémentarité pour tirer profit de l'expertise et de l'engagement de chacun, de même qu'à se donner des objectifs communs, à structurer la collaboration et à arrimer les efforts d'intervention.

Pour réaliser l'ensemble de ces collaborations et préciser leurs responsabilités respectives et conjointes, les moyens formels de liaison entre les partenaires de l'intervention sont les suivants :

### Pour la collaboration entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux

- ✓ Le cheminement de la demande CRDI Normand-Laramée-CLSC;
- ✓ Le PIC du CRDI Normand-Laramée/HJR;
- ✓ Le Cadre de référence du Programme d'organisation des services intensifs et à long terme pour les personnes handicapées (POSILTPH);
- ✓ Le Cadre de référence du programme de soutien à la famille;
- ✓ Le comité de suivi des plans d'action en DI et en TED;
- ✓ Le Projet d'intervention concertée s'adressant à une clientèle dite « multiproblématique » (CRDI Normand-Laramée et CJL);
- ✓ Une ÉIJ;
- ✓ Le comité directeur jeunesse;
- ✓ Le comité intersectoriel jeunesse.

### Pour la collaboration avec les CPE et les autres milieux de garde

- ✓ Guide pour faciliter l'action concertée en matière d'intégration des enfants handicapés dans les services de garde du Québec;
- ✓ La Table de concertation régionale pour l'intégration en milieu de garde.

### Pour la collaboration avec le milieu scolaire

- ✓ Entente de complémentarité des services entre le réseau des services sociaux et de santé et le réseau de l'éducation;
- ✓ Entente CRDI Normand-Laramée—Commissions scolaires.

### Pour la collaboration avec le milieu communautaire

- ✓ Comité régional sur les activités de jour;
- ✓ Cadre de référence du programme de soutien à la famille.

Par ailleurs, l'utilisation du PI est une pratique assez bien ancrée dans le secteur de la DI et des TED. De même, la participation du CRDI Normand-Laramée au plan d'intervention de l'élève en milieu

scolaire est une pratique courante. Elle est toutefois variable d'une école à l'autre. Pour les élèves du secondaire, on a de plus en plus recours au plan de transition.

Quant au PSI, la démarche régionale actuellement en cours d'implantation à Laval qui vise toutes les problématiques et tous les secteurs de services concernés permettra d'utiliser davantage cet outil et ce, de manière harmonisée. Il s'agit de l'outil clé pour arrimer les plans d'intervention des divers secteurs et aussi pour les coordonner en vue d'interventions cohérentes, complémentaires et centrées sur les besoins de la personne et de son environnement. Le PSI permet aussi d'identifier un intervenant coordonnateur parmi les membres de l'équipe professionnelle intersectorielle participante au PSI. Ce coordonnateur est souvent choisi en raison du niveau d'implication qu'il assume auprès de la personne. Le jeune et ses parents devraient être partie prenante à ce choix, dans le cadre de leur participation plus globale au PSI<sup>204</sup>.

Dans le domaine de la DI et des TED, comme dans les autres domaines d'intervention auprès des jeunes, la concertation des partenaires intersectoriels des services auprès d'un même jeune et sa famille demeure un défi sur le plan de la cohérence, de la complémentarité et de la continuité.

### 3.11.8 L'évolution des pratiques et des milieux

Les services offerts aux personnes présentant une DI, un retard global de développement et à celles ayant un TED connaissent des transformations importantes depuis plus de 20 ans. Cela témoigne des ajustements des programmes et des services du secteur sociosanitaire québécois à l'évolution des connaissances et des pratiques, ainsi qu'aux nouveaux besoins générés par l'intégration et la participation sociales et la reconnaissance des droits des personnes. Nous croyons fermement que ce contexte de développement contribue directement à la qualité de vie des personnes.

Aussi, de plus en plus, en collaboration avec les associations de parents, la pratique des intervenants du CRDI Normand-Laramée tend vers l'implication de la personne et sa famille dans la définition de l'offre de service. Ceci permet un ajustement continu de l'offre de service en lien avec les besoins des usagers. D'une intervention qui ne s'adressait jadis qu'à la personne dans une perspective développementale, les intervenants des CRDI s'inscrivent aussi dans des approches famille, réseau et milieu. Les interventions s'effectuent donc auprès de la personne, mais aussi auprès de la famille, du réseau de la personne et de la communauté environnante.

De plus, les travaux concernant la clientèle TED ont entraîné l'avancement des connaissances et ont mis en lumière l'importance de développer l'expertise afin de définir des nouveaux standards de pratique et d'intervention. À ce titre, le CRDI Normand-Laramée s'inscrit dans des démarches visant le partage d'expertise et le développement de nouvelles connaissances avec des partenaires sectoriels et intersectoriels.

Agence de santé et de services sociaux de Laval

<sup>204.</sup> Tiré de Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, 2003, page 10 et Cadre de référence de L'entente nationale entres les établissements exploitant un CLSC et les CRDI, Pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou présentant un trouble envahissant du développement, leus famille et leurs autres proches : Des services accessibles, continus et complémentaires, Document de consultation, novembre 2003, page 15.

Différentes ententes, impliquant le CRDI Normand-Laramée et les partenaires concernés, développées au cours des dernières années, permettent d'assurer une meilleure complémentarité et continuité des services notamment en précisant les responsabilités de chacun.

## 3.11.9 Les éléments de force de la région de Laval

La région de Laval regroupe un certain nombre de partenaires qui souscrivent à une approche qui vise, avant tout, l'accès à l'intégration et à la participation sociale pour les enfants et les jeunes ayant une DI ou un TED. Cela s'est traduit concrètement par des moyens favorisant une intervention soutenue par plusieurs acteurs dans le cadre d'un projet commun.

Le déploiement d'une offre de service équitable pour l'ensemble de la population ayant une DI ou un TED de Laval est par ailleurs favorisé par la présence d'un établissement ayant une mission régionale, le CRDI Normand-Laramée. Les services aux enfants de la naissance à 11 ans tout en étant centralisés à un seul endroit sont offerts sur l'ensemble de l'Île de Laval. Toutefois, les services aux jeunes de 12 ans et plus sont organisés sur la base des quatre territoires de CLSC (Sainte-Rose, Marigot, Ruisseau-Papineau et Mille-Îles), ce qui permet leur adaptation à la réalité du milieu tout en maintenant une harmonisation des approches.

La démarche PSI régionale, lorsqu'elle sera bien implantée, offrira une meilleure coordination des interventions des différents acteurs gravitant autour du jeune et de sa famille, et ce, dans le respect du projet personnel du jeune et de sa famille.

## 3.11.10 Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services

Comme on l'a décrit dans les sections précédentes, la région de Laval se concentre à organiser ses services aux enfants et aux jeunes ayant une DI et leurs proches dans le cadre de programmations intégrées. Leurs balises d'organisation des services sont celles de la *Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et autres proches* et son Plan d'action de cinq ans (*de l'intégration sociale* à *la participation sociale*).

Pour les enfants et les jeunes présentant un TED, l'état des connaissances, les orientations et le plan d'action contenus dans le document du MSSS « *Un geste porteur d'avenir, des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement* » rassemblent les paramètres structurants d'une organisation des services intégrés de pointe dans ce domaine.

Les partenaires des services en DI et en TED peuvent aussi s'appuyer sur d'autres outils ou modèles structurants pour une meilleure intégration des services. Pour l'essentiel, il s'agit :

- ✓ du Cadre de référence de L'entente nationale entre les établissements exploitant un CLSC et les CRDI. Pour les personnes présentant une DI ou présentant un TED, leur famille et leurs autres proches : des services accessibles, continus et complémentaires;
- ✓ du Protocole CLSC-CPE : Guide d'implantation, Entente-Cadre et Protocole-Type;

- de l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation;
- de l'expérimentation des équipes d'intervention jeunesse dans chacune des régions du Québec et son évaluation par le MSSS;
- de la Démarche régionale d'implantation des PSI;
- du Rapport du comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille - De la complicité à la coresponsabilité, qui préconise, entre autres, une offre de service spécifique et spécialisé interconnectée entre les divers secteurs du réseau<sup>205</sup>.

## Des enjeux en matière d'organisation des services

## a) Concernant l'accès

- Éliminer les longues périodes d'attente de diagnostic (actuellement, entre 10 et 18 mois).
- ✓ Augmenter les services de soutien (intervention précoce, soutien à la personne, aide psychosociale, répit, gardiennage, dépannage) apportés aux enfants ayant une DI ou un TED et à leur famille, afin de réduire la pression de plus en plus grande sur le réseau d'hébergement. L'épuisement parental s'avère souvent le principal problème à l'origine des demandes de placement.
- Assurer l'accès à des services de garde de niveau secondaire, pour les jeunes vivant avec une DI ou un TED.
- Rendre disponibles des services professionnels spécialisés (ergothérapeute, orthophoniste) pour les jeunes au niveau secondaire.
- ✓ Assurer l'accès à des intervenants dédiés à la clientèle DI ou TED dans les services généraux des établissements (CLSC, CH, etc.) afin d'assurer une meilleure réponse aux besoins de ces personnes;
- Pour tenir compte de l'augmentation significative des élèves avec TED, augmenter les ressources du CRDI dans le cadre de l'entente entre le réseau de la santé et des services sociaux et le domaine de l'éducation.

<sup>205.</sup> Rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille, De la complicité à la coresponsabilité, avril 2004, page 43.

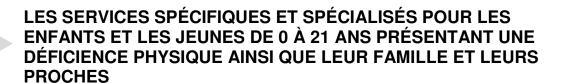
## b) Concernant la continuité

- ✓ Voir à l'implantation harmonieuse de la démarche PSI régionale auprès des différents acteurs œuvrant dans les services sociaux et de la santé et dans le domaine de l'éducation.
- ✓ Faire émerger des collaborations entre la pédopsychiatrie et le CRDI Normand-Laramée dans les cas de double diagnostic (DI Santé mentale). Plus généralement, développer des ressources pour les jeunes présentant de multiples problématiques.
- ✓ Réaliser des collaborations étroites entre le milieu scolaire et le CRDI Normand-Laramée afin d'assurer une transition école/travail la plus harmonieuse possible.
- ✓ Sensibiliser le monde des loisirs à la réalité des personnes vivant avec une DI ou un TED, afin d'y faciliter l'intégration et la participation sociales.
- ✓ Favoriser une compréhension univoque de la DI et des TED afin d'assurer une continuité dans l'offre de service.

## c) Concernant l'évolution des pratiques

- ✓ Assurer la cohérence dans l'appellation et les définitions pour décrire la même clientèle desservie par les réseaux respectifs.
- ✓ Poursuivre le développement de l'expertise auprès de la clientèle ayant un TED. Des efforts ont été faits dans les dernières années sans pour autant avoir répondu suffisamment aux besoins de l'ensemble des acteurs concernés.
- ✓ Favoriser l'émergence d'un consensus de l'ensemble des acteurs impliqués auprès de cette clientèle afin de déterminer les services et leur niveau d'intensité de même que les collaborations à développer.
- ✓ Favoriser une meilleure connaissance des approches et des modèles d'intervention auprès de la clientèle et faire consensus autour d'une définition claire de la DI et des TED.
- ✓ Pour les élèves du secondaire et en lien avec les recommandations de l'OPHQ, s'assurer de la cohésion entre le plan de transition et le PSI.
- ✓ Développer un modèle d'organisation de services pour les élèves qui ne peuvent intégrer le marché du travail à cause d'une problématique sévère. Adapter un milieu de travail afin d'offrir un soutien plus personnalisé ou sur mesure correspondant aux besoins spécifiques et aux capacités des jeunes.

## Trajectoire 12



0.000		MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION
	PRESTATAIRES	ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
EN AMONT DES SERVICES SPÉCIALISÉS - Prévention - Dépistage  SERVICES DIAGNOSTIQUES	CSSS de Laval     CH (CARL)     Médecins en pratique privée      CSSS de Laval	<ul> <li>Soutien DSP</li> <li>Programme national de santé publique (pratique cliniques préventives)</li> <li>Normes et standards de la pratique médicale</li> </ul>
Et CONNEXES  - Évaluation diagnostique  - Services d'évaluation diagnostique  - Références pour évaluation complémentaire  - Intervention précoce  SERVICES SPÉCIALISÉS ET	<ul> <li>Cliniques médicales</li> <li>Cité/CARL</li> <li>Autres CHSGS</li> <li>CH tertiaires (Sainte-Justine, HME)</li> <li>Cité/CARL, clinique du développement</li> </ul>	<ul> <li>Protocole pour l'intervention concertée en enfance (CARL/CRDI/HJR/CSSS de Laval)</li> <li>PIC</li> </ul>
SERVICES SPECIALISES ET SURSPÉCIALISÉS D'ADAPTATION, DE RÉADAPTATION ET D'INTÉGRATION SOCIALE  - Réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne et en externe - Adaptation-Réadaptation visant la récupération d'autonomie (personnelle, sociorésidentielle, communautaire) - Aides techniques à la locomotion, à la mobilité, à la posture, à la communication - Aides de suppléance à la vision et à l'audition	HJR et CR hors région (points de services):     CR Marie Enfant     Institut Nazareth et Louis-Braille     Association montréalaise pour les aveugles     Institut Raymond-Dewar     CR MacKay	<ul> <li>Table de concertation régionale pour l'intégration en milieu de garde (OPHQ)</li> <li>Plan d'action régional en déficience physique</li> <li>Entente de services HJR/CRME</li> <li>Entente de services HJR/INLB/AMA/IRD/MACKAY</li> <li>Entente avec la RAMQ pour les aides techniques au niveau auditif, visuel ou moteur</li> <li>Entente avec MSSS-PMATCOM pour les aides à la communication</li> <li>PI, PSI</li> <li>Comité régional intersectoriel d'élaboration et de suivi du plan d'action régional en DP</li> <li>Entente CRDI-HJR pour double déficience</li> </ul>
SERVICES SPÉCIALISÉS EN MILIEU SCOLAIRE	<ul> <li>Classes ordinaires ou spécialisées ou écoles spécialisées (secteur anglophone : 80 % intégré en classe régulière)</li> <li>Secteur francophone (CSDL): <ul> <li>École Jean-Piaget</li> <li>École Joseph-Charbonneau (CSDM)</li> <li>École Jacques-Ouellette (CMV)</li> <li>École JJean-Joubert</li> <li>École Gadbois (Montréal)</li> <li>Polyvalente Lucien-Pagé</li> </ul> </li> </ul>	<ul> <li>Soutien des commissions scolaires de Laval</li> <li>Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation</li> <li>PI, PSI</li> <li>Services spécialisés complémentaires en langage parole offerts par HJR</li> <li>Entente Jean-Piaget-CR Marie Enfant</li> <li>Entente extraterritoriale</li> <li>Collaboration Institut Nazareth et Louis-Braille</li> <li>Entente avec l'Institut Raymond-Dewar</li> </ul>

# ctoire 12 (suite)



LES SERVICES SPÉCIFIQUES ET SPÉCIALISÉS POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES DE 0 À 21 ANS PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE AINSI QUE LEUR FAMILLE ET LEURS **PROCHES** 

SERVICES	PRESTATAIRES	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
EN AVAL DES SERVICES SPÉCIALISÉS - Services de soutien à la personne - Services de soutien à la famille et aux proches - Mesures d'accessibilité universelle - Mesures de soutien aux différents milieux d'intégration - Services dans la communauté: . répit . camps de jour et de séjour . activités éducatives et culturelles . assistance domestique . entraide et soutien aux familles	<ul> <li>HJR</li> <li>CRDP hors région</li> <li>CSSS de Laval</li> <li>Milieux de garde</li> <li>OC (Disphasie +, AQT crânien, AQETA (Montréal), RAAM (Montréal)</li> <li>OC</li> <li>Ville de Laval</li> </ul>	<ul> <li>Soutien de l'OPHQ</li> <li>Table de concertation régionale pour l'intégration en milieu de garde (OPHQ)</li> <li>Guide pour faciliter l'action concertée en matière d'intégration des enfants handicapés en milieu de garde</li> <li>PSI</li> <li>Mesures de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale</li> </ul>

## **TRAJECTOIRE 12**

## 3.12 Les services spécifiques et spécialisés pour les enfants et les jeunes de 0 à 21 ans présentant une déficience physique ainsi que leur famille et leur proches

## Cette trajectoire aborde :

- ✓ Les services de prévention et de promotion ainsi que les services généraux, spécifiques et spécialisés du CSSS de Laval, en amont et en aval des services spécialisés.
- ✓ Les services d'évaluation diagnostique offerts dans les cliniques médicales, les centres hospitaliers, particulièrement les centres pédiatriques et les cliniques spécialisées, tels que la clinique du développement du CSSS de Laval (Cité de la Santé-CARL).
- ✓ Les services spécialisés et surspécialisés en déficience physique offerts par l'HJR directement ou par l'entremise de points de services d'autres centres de réadaptation, situés dans ses locaux.
- ✓ Les services spécialisés et surspécialisés en déficience physique offerts par les centres de réadaptation hors région dans leurs propres locaux.
- ✓ Les services spécialisés et surspécialisés offerts par l'HJR et les autres centres de réadaptation spécialisés, dans les différents milieux de vie des enfants et des jeunes (famille, milieux de garde, école régulière et spéciale, milieux de formation et d'emploi, loisirs, etc.) dans le cadre d'ententes formelles ou informelles;
- ✓ Les services d'aides techniques à la locomotion, à la posture, à la mobilité et à la communication ainsi que les services d'aide de suppléance à la vision et à l'audition.
- ✓ Les ressources résidentielles non institutionnelles (RTF, RI et autres).
- ✓ Les services spécifiques des organismes publics (*CPE*, écoles, Cégep, Centres d'emploi, municipalités).
- ✓ Les services communautaires (accompagnement, répit, dépannage, gardiennage, camps, activités de jour et de soir, loisirs, culture, développement personnel, information, soutien, entraide, etc.).
- ✓ Le soutien financier des programmes gouvernementaux et municipaux d'allocations pour la famille, les études, le logement, le transport, les activités culturelles et de loisirs, etc.

L'HJR a reçu en 1996, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, le mandat de Centre de réadaptation régional en déficience physique et il est désigné par le MSSS pour offrir les services en anglais et en français. L'HJR s'acquitte de sa mission directement (services pédiatriques en déficience du langage) ou par ententes avec des centres spécialisés hors région qui interviennent dans des points de services à l'HJR, dans leurs propres locaux ou dans les milieux de vie des clients :

- CR Marie Enfant (déficience motrice);
- Institut Raymond-Dewar (déficience auditive, clientèle francophone);
- CR Mackay (déficience motrice, déficience auditive, clientèle anglophone);
- Institut Nazareth et Louis-Braille (déficience visuelle, clientèle francophone);
- Association montréalaise pour les aveugles (déficience visuelle, clientèle anglophone).

L'organisation des services s'appuie sur les Orientations ministérielles en déficience physique, adoptées par le MSSS en 1995, ainsi que sur le plan d'action national 2004-2009, Pour une véritable participation à la vie de la communauté, et s'articule selon le cadre conceptuel du Processus de production du handicap (PPH).

### 3.12.1 Définitions et données statistiques

Il n'est pas toujours facile d'estimer avec exactitude le nombre d'enfants présentant des incapacités physiques pour la région de Laval.

Une analyse effectuée dans le cadre des travaux sur le plan d'action 1997-2000 en déficience physique évalue à quelque 3 700 le nombre d'enfants de moins de 15 ans ayant une incapacité de cette nature.

La recherche la plus récente (mars 2001) effectuée par l'Office des personnes handicapées du Québec permet de cerner avec un peu plus de précision la clientèle connue, selon la nature des incapacités, ainsi que la clientèle estimée, à partir de taux de prévalence généralement acceptés. Ces données apparaîtront dans chacune des parties du texte.

### 3.12.1.1 La déficience motrice

## a) Définition

« Toute personne qui présente des troubles ou des séquelles d'ordre neuro-musculo-squelettique ou neuro-sensori-moteur appartenant à l'une des sept catégories suivantes : encéphalopathie, myélopathie, myopathie, arthropathie, neuropathie, atteinte du système nerveux central et perte d'intégrité. »

## b) Inscription aux allocations spéciales

En 2001, 155 jeunes de Laval étaient inscrits aux allocations familiales spéciales dans cette catégorie.

## c) Données sur les clientèles des centres de réadaptation

CR Marie Enfant: Le CR Marie Enfant dessert une clientèle de 0 à 18 ans (parfois un peu plus) en déficience motrice.

TABLEAU 35 Répartition de la clientèle au point de service de Laval au début de l'année 2005

Groupe d'âge	Actif	En attente
0 à 5 ans	61	
6 à 12 ans	32	
13 à 18 ans	7	
18 à 21 ans	4	
Total	104	20

Source: HJR, juin 2005.

**CR Mackay**: Le CR Mackay reçoit une clientèle pédiatrique, jusqu'à 6 à 8 ans, à 85 % anglophone. En 2004-2005, 20 enfants de Laval fréquentaient le centre.

Il offre des services de réadaptation, principalement au niveau des retards de développement et des déficits moteurs cérébraux. Ces services consistent en un programme d'intervention précoce aux 0 à 3 ans et un programme moteur-cognitif pour les 4 ans et plus.

Les services sont donnés en équipe multidisciplinaire, à raison d'une à deux fois par semaine, par discipline.

## 3.12.1.2 La déficience visuelle

## a) Définition

« Toute personne qui, après correction au moyen de lentilles ophtalmiques appropriées, à l'exclusion des systèmes optiques spéciaux et des additions supérieures à +4.00 dioptries, a une acuité visuelle de chaque œil inférieure à 6/21 (20/70), ou dont le champ de vision de chaque œil est inférieur à 60 % dans les méridiens 180 % et 90 % et qui, dans l'un ou l'autre cas, est inapte à lire, écrire ou à circuler dans un environnement familier. »

## b) Inscription aux allocations spéciales

En 2001, 34 jeunes étaient inscrits aux allocations familiales spéciales dans cette catégorie.

## c) Données sur les clientèles des centres de réadaptation

**Institut Nazareth et Louis-Braille (INLB)**: Les programmes offerts, essentiellement sur le territoire de Laval, sont :

- ✓ Développement Petite enfance et Intégration scolaire (DPEIS);
- ✓ Intégration et autonomie socioprofessionnelle (IASP);
- ✓ Intégration communautaire et soutien à domicile (ICSD);
- ✓ Bibliothèque et adaptation de l'information en médias substituts.

TABLEAU 36 Nombre d'enfants et de jeunes de Laval ayant reçu au moins un service de l'INLB en 2004-2005

0 à 4 ans	5 à 11 ans	12 à 17 ans	18 à 21 ans	Total
16	22	18	6	62

Source: HJR, juin 2005.

## d) Association montréalaise pour les aveugles

TABLEAU 37 Association montréalaise pour les aveugles a desservi 13 enfants de Laval en 2004-2005

0 à 4 ans	5 à 17ans	18 à 21 ans	Total
1	7	5	13

Source: HJR, juin 2005.

La clientèle est à 60 % anglophone, 20 % allophone et 20 % francophone.

## 3.12.1.3 La déficience auditive

## a) Définition

« Toute personne qui présente une diminution persistante de l'acuité auditive à l'une ou l'autre oreille d'au moins 20 db HI en moyenne pour les enfants sur trois des quatre fréquences suivantes : 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz, 4000 Hz, des troubles auditifs d'origine centrale, des acouphènes ou une limitation dans la capacité de percevoir un stimulus sonore (son, bruit, musique, parole) au point de connaître des obstacles à son développement ou à son intégration sociale, professionnelle, familiale et scolaire. »

## b) Estimation de la population concernée

Les taux de prévalence de Shewan permettent d'estimer à plus d'une soixantaine (*dont une vingtaine de sourds profonds*) le nombre d'enfants Lavallois de 0 à 17 ans présentant une surdité.

En 2001, 70 jeunes étaient inscrits aux allocations familiales spéciales dans cette catégorie.

## c) Données sur la clientèle en centre de réadaptation

## CR Raymond-Dewar (2001):

**TABLEAU 38** Enfants et jeunes de Laval desservis par l'IRD en 2004-2005

Territoire	0 à 4 ans	5 à 11 ans	12 à 17 ans	18 à 21 ans	Total
Mille-Îles	4	12	4	3	23
Marigot	3	9	6	8	26
Ruisseau-Papineau	3	12	4	2	21
Sainte-Rose de Laval	10	21	9	2	42
Total	20	54	23	15	112

Source: HJR, juin 2005.

Les enfants de 0 à 4 ans sont suivis pour une déficience auditive dans les locaux de l'IRD à Montréal à raison de 2 fois par semaine. Ces enfants ont besoin d'apprendre le langage des signes.

Les enfants et les jeunes d'âge scolaire sont suivis surtout en milieu scolaire, mais aussi dans leurs autres milieux de vie.

**CR Mackay**: Douze enfants de Laval ayant une déficience auditive ont été suivis en 2004-2005 par le centre de réadaptation Mackay.

## 3.12.1.4 La déficience du langage et de la parole

## a) Définition

« Les personnes ayant une déficience du langage et de la parole sont celles dont la déficience est conséquente à des troubles d'ordre neurologique (tels que l'aphasie, la dysphasie ou l'audimutité, la dysfonction cérébrale) entraînant des incapacités significatives et persistantes au niveau de la communication. Ces personnes sont susceptibles de vivre des situations de handicap et nécessitent des services spécialisés d'adaptation ou de réadaptation. »

## b) Inscription aux allocations spéciales

En 2001, 53 jeunes ayant un trouble du langage étaient inscrits aux allocations familiales spéciales, dont 15 de moins de 5 ans.

## c) Données sur les clientèles des centres de réadaptation

L'HJR: Le programme pédiatrique en déficience du langage de l'HJR comporte trois volets:

- ✓ Le volet d'intervention concertée en petite enfance (PIC) pour les enfants d'âge préscolaire avec retard significatif du développement et en attente d'un diagnostic différentiel.
- ✓ Le volet préscolaire (2 à 5 ans) pour une prise en charge par l'équipe multidisciplinaire de l'établissement.
- ✓ Le volet scolaire pour :
  - les classes de dysphasie 4 ans (suivi individuel et de groupe, soutien aux éducateurs et enseignants),
  - les classes de dysphasie 5 ans (suivi en ergothérapie),
  - les enfants de 8 à 18 ans (collaboration avec la CSDL et la CSSWL).

TABLEAU 39 Données statistiques 2004-2005

Volet	Nombre d'enfants suivis
PIC	47
Préscolaire	107
Scolaire	101
Total	253

Source: HJR, juin 2005.

Le nombre d'enfants en attente pour de la réadaptation avec l'équipe multidisciplinaire (*volet préscolaire*) était de 36 au 31 mars 2005.

## 3.12.1.5 Les déficiences multiples

## a) Définition

« Toute personne ayant deux déficiences physiques associées telles la surdi-cécité, la déficience motrice et sensorielle, etc. ou qui présente une déficience physique et une déficience intellectuelle ou du psychisme. »

## b) Données

- ✓ Peu de données sont disponibles sur les déficiences multiples. Il s'agit, en fait, d'une faible volumétrie.
- ✓ Les enfants et les jeunes présentant une surdi-cécité sont suivis conjointement par les Instituts Raymond-Dewar et Nazareth et Louis-Braille.
- ✓ Les cas de déficiences multiples incluant une déficience motrice peuvent être suivis par le CR Marie Enfant, le CR Mackay et l'Association montréalaise pour les aveugles, dépendamment de la déficience associée. Ces deux derniers centres gèrent également chacun une école où se retrouve la clientèle avec déficiences multiples.
- ✓ Dans la région de Laval, l'École Jean-Piaget accueille les élèves multihandicapés, avec le soutien du CR Marie Enfant.

## 3.12.2 Les données du réseau de l'éducation

## 3.12.2.1 La Commission scolaire de Laval

La CSDL reçoit les élèves francophones.

**TABLEAU 40** Données statistiques 2004-2005 sur les élèves handicapés

Niveau	Déficience motrice grave ou organique	Déficience visuelle	Déficience auditive	Déficience du langage	Total
Préscolaire - Primaire	24	13	63	131	100
Secondaire	22	14	20	28	56
Par entente extraterritoriale	17	8	19	-	44
Total	63	35	102	159	200

Source: HJR, juin 2005.

Note : Les données statistiques ne permettent pas d'identifier de façon significative les élèves ayant une déficience physique légère. Certains élèves cumulent plus d'un type de déficience, de sorte qu'un certain nombre d'entre eux a été comptabilisé à la fois dans les trajectoires DI-TED (trajectoire 11) et DP (trajectoire 12).

### 3.12.2.2 La Commission scolaire Sir-Wilfrid-Laurier

La CSSWL reçoit les élèves anglophones.

**TABLEAU 41** Données statistiques 2004-2005 sur les élèves handicapés

Déficience	Code	Élémentaire	Secondaire	Total
Langage	34	48	9	57
Motrice légère	33	10	4	14
Motrice sévère	36	2	2	4
Visuelle	42	2	3	5
Auditive	44	2	5	7
Total		64	23	87

Source: HJR, juin 2005.

## 3.12.3 Les champs d'intervention

## 3.12.3.1 En amont des services spécialisés en déficience physique

## a) Agir sur les facteurs de risque

La prévention vise essentiellement à éliminer ou à réduire, chez les groupes à risque identifiés, les facteurs à l'origine d'anomalies congénitales, de traumatismes et de maladies pouvant entraîner des incapacités.

En déficience physique, les groupes à risque visés par la prévention sont les femmes enceintes, en milieu de travail à risque ou en milieu défavorisé, les jeunes parents en milieu défavorisé, ainsi que les groupes exposés à des traumatismes. Les activités de prévention sont du ressort du CSSS avec le concours des services de santé publique.

Le dépistage est aussi effectué en première ligne (mission CLSC ou CH, services de périnatalité) chez les fœtus, les nourrissons, principalement les nourrissons à risque (bébés de petit poids, prématurés, antécédents de convulsions, facteurs génétiques ou autres facteurs de risque connus) et chez les enfants en milieu de garde.

On peut retrouver une description de ces services dans les trajectoires 1 et 2 portant sur l'offre de services à caractère universel et sélectif pour les enfants de 0 à 4 ans et leur famille.

## b) Agir sur les systèmes organiques

L'évaluation diagnostique peut être faite en CSSS, en clinique médicale, par des médecins spécialistes ou en CHSGS, en région et hors région.

Les services d'évaluation diagnostique comprennent généralement une évaluation globale permettant d'apprécier la nature, la gravité et le degré de persistance des incapacités ainsi que l'impact prévisible de ces incapacités dans différentes dimensions de la vie.

S'il y a lieu, la démarche de traitement curatif comprend les interventions précoces de réadaptation dès l'établissement du diagnostic. Les services thérapeutiques comprennent aussi un soutien psychosocial approprié à la personne elle-même et à ses proches à la suite de l'annonce du diagnostic.

Dans ce champ d'intervention, le jeune (et sa famille) doit :

- ✓ bénéficier d'interventions diagnostiques et appropriées à sa condition dès l'identification d'une déficience ou à chaque étape d'évolution d'une maladie;
- ✓ connaître et comprendre le diagnostic, le pronostic concernant la gravité des séquelles prévisibles et le but des interventions thérapeutiques;
- √ bénéficier précocement d'interventions de réadaptation et de soutien psychosocial (CSSS);
- √ être informé des moyens pour faire face aux conséquences éventuelles d'une déficience physique dans différentes dimensions de sa vie et être référé (accompagné au besoin) aux services spécialisés de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> ligne.

Dans le cas d'un trouble du développement pouvant entraîner un diagnostic de dysphasie ou autre déficience du langage, et dans l'attente d'un diagnostic différentiel, l'HJR et le CRDI Normand-Laramée sont associés dans un PIC. En équipe, ils offrent des services de stimulation globale et ciblée, des services éducatifs à domicile et soutiennent la famille jusqu'au début du processus d'évaluation diagnostique différentielle à la clinique du développement du CSSS Laval. Les enfants faisant partie de ce programme bénéficient aussi des services de soutien à la famille du CSSS de Laval.

## 3.12.3.2 Les services spécialisés et surspécialisés

## a) Agir sur les capacités et les aptitudes

Ce champ d'intervention est essentiellement celui des services spécialisés d'adaptation et de réadaptation dont la mission, à Laval, est confiée à l'HJR. Ce dernier distribue les services directement ou par ententes avec des centres de réadaptation hors région spécialisés dans l'une ou l'autre des catégories de déficience physique.

Les services d'adaptation et de réadaptation consistent en un regroupement d'activités cliniques centrées sur la personne et son milieu de vie et visent le développement ou la récupération par l'enfant ou le jeune d'un niveau optimal d'autonomie fonctionnelle dans les différentes dimensions de sa vie.

Le concept d'autonomie fonctionnelle recouvre donc ceux d'autonomie personnelle, sociorésidentielle, sociale et professionnelle.

Les équipes interdisciplinaires visent à aider le jeune à :

- √ développer, récupérer ou ajuster ses capacités;
- √ acquérir différentes habiletés compensatoires adaptées à sa situation;
- ✓ disposer des aides techniques appropriées et en maîtriser l'utilisation;
- √ acquérir une perception valorisante de lui-même;

- √ acquérir une indépendance psychosociale;
- ✓ développer des habiletés lui permettant d'être le plus autonome possible à domicile (en fonction de son âge);
- √ s'adapter aux différents aménagements de l'environnement physique requis par sa condition;
- ✓ acquérir les habiletés nécessaires à une participation active aux activités sociales et professionnelles correspondant à son âge, son sexe, ses aspirations et à ce qui est généralement reconnu dans son milieu.

À cet effet, l'HJR et les autres centres de réadaptation en déficience physique desservant, par entente formelle ou informelle, la région de Laval proposent :

- √ des services d'évaluation globale des besoins en ce qui a trait au développement de l'autonomie personnelle, sociorésidentielle, sociale et professionnelle;
- ✓ des services de réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne et en externe;
- √ des services d'adaptation et de réadaptation visant la récupération d'un maximum d'autonomie au niveau personnel, sociorésidentiel et social;
- √ des services d'évaluation, de développement et d'intégration professionnels;
- ✓ des services d'aides techniques à la mobilité, à la posture, à la locomotion, à la communication, ainsi que des aides de suppléance à la vision et à l'audition.

Les services spécialisés suivants sont donnés en milieu scolaire.

## À la CSDL:

La CSDL a l'obligation de scolariser les enfants handicapés de 4 ans. Les enfants éligibles à cette scolarisation, et dont les parents le souhaitent, le sont à demi temps, dans des classes spécialisées.

Les élèves d'âge scolaire ayant une **déficience motrice grave** peuvent se retrouver en classe ordinaire avec soutien, en classe spécialisée ou en école spécialisée. L'école Jean-Piaget en accueille la grande majorité. Cet établissement a un mandat de scolarisation pour les élèves des régions de Laval, Laurentides et Lanaudière ayant une déficience motrice grave. Il dispense les ordres d'enseignement préscolaire, primaire et secondaire. L'école bénéficie, par entente, des services du CR Marie Enfant.

Les élèves avec des besoins spéciaux qui ne peuvent être scolarisés dans la région le sont, par entente extraterritoriale, en classes spécialisées ou en école spécialisée hors région, ils sont accueillis, notamment par les écoles Victor-Doré et Joseph-Charbonneau, de la Commission scolaire de Montréal, pour la déficience motrice ou par l'École Jacques-Ouellette, de la Commission scolaire Marie-Victorin, pour la déficience visuelle.

La plupart des élèves ayant une **déficience visuelle** sont intégrés en classe régulière, avec le soutien, par entente, du service itinérant de l'École Jacques-Ouellette, et avec la collaboration de l'Institut Nazareth et Louis-Braille.

La CSDL a le mandat régional de scolarisation pour les élèves de 4 à 12 ans ayant une **déficience auditive** (*approche oraliste*). L'enseignement est offert à l'École J.-Jean-Joubert, à Laval. Il s'agit d'une

école régulière avec des classes spécialisées où des services d'orthophonie, d'audiologie, de psychoéducation et autres sont offerts sur la base d'une entente avec l'Institut Raymond-Dewar (IRD). Les élèves ayant une déficience auditive peuvent vivre une intégration partielle ou totale en classe régulière.

Quelques enfants de Laval sont suivis à l'École Gadbois, à Montréal. On y fait l'enseignement de la langue des signes. La clientèle est multihandicapée. D'autres peuvent être scolarisés à l'École Esther-Blondin — langue des signes du Québec (LSQ) —, par entente avec la Commission scolaire des Affluents.

Les jeunes de 13 à 18 ans fréquentent la polyvalente Lucien-Pagé où les services sont donnés en partenariat avec l'IRD. D'autres sont intégrés en classe ordinaire avec un service de soutien.

En déficience du langage et de la parole, les enfants sont scolarisés en classes régulières ou, pour les élèves dysphasiques (selon les critères du MELS qui diffèrent de ceux de la santé), en école régulière, dans des classes de dysphasie, tant pour le préscolaire que pour le primaire et le secondaire. Les services spécialisés complémentaires, selon l'entente MSSS-MELS, sont offerts par l'HJR, particulièrement au préscolaire 4 ans.

## À la CSSWL:

Quatre-vingts pour cent (80 %) des élèves de la commission scolaire anglophone présentant une déficience sont scolarisés en classes régulières, avec le soutien d'enseignants-ressources ou d'éducateurs spécialisés.

## 3.12.3.3 En aval des services spécialisés

## Agir sur les facteurs environnementaux et soutenir la réalisation des habitudes de vie :

Ce champ d'intervention relève d'une responsabilité collective et n'est plus que partiellement sous l'égide des services de santé et des services sociaux. Les services de soutien à l'intégration visent à diminuer les situations de handicap rencontrées par les personnes qui présentent des incapacités en réduisant les obstacles qu'elles rencontrent. Ils comprennent :

- √ les services de soutien à la personne;
- √ les services de soutien à la famille et aux proches;
- √ les mesures d'accessibilité universelle;
- ✓ les mesures de soutien aux différents milieux d'intégration.

Ces services visent essentiellement à permettre au jeune de vivre dans un milieu qui favorise le maintien de son état de santé, son autonomie et sa croissance personnelle, d'exercer les rôles sociaux propres à son âge et à sa culture et d'utiliser les services, lieux et équipements collectifs mis à la disposition de tous.

## À ces fins, les services de l'HJR et des autres CRDP sont :

- √ le suivi de l'évolution de la condition du jeune;
- ✓ des services de soutien dans les milieux de vie (milieux de garde, scolaire, du travail, de loisirs, etc.);
- √ des services de soutien conseil pour l'adaptation des services et des milieux;
- ✓ des services d'adaptation de l'information en médias substituts (*braille, langue des signes, vidéo pour personnes sourdes, etc.*);
- ✓ des ressources résidentielles non institutionnelles (de type familial ou intermédiaire).

Les services de première ligne du CSSS de Laval contribuent, dans une bonne mesure, à soutenir la réalisation des habitudes de vie du jeune et de sa famille par :

- ✓ la gestion de l'accès aux services (information, orientation, références, etc.);
- √ l'évaluation des besoins du jeune, de sa famille et de ses proches;
- ✓ les services de soutien à domicile pour les activités de la vie quotidienne et de la vie domestique (*Programme POSILTPH*);
- ✓ le soutien aux rôles parentaux;
- ✓ les allocations pour le répit, le dépannage, le gardiennage, les camps de jour et de séjour (programme de Soutien à la famille);
- ✓ la contribution aux frais de déplacement pour fins de réadaptation (*Programme de transport/hébergement*);
- ✓ la contribution aux frais pour l'aide aux fonctions d'élimination.

Les milieux de garde disposent d'allocations spéciales pour l'adaptation des lieux et des équipements et pour le soutien à l'intégration des élèves handicapés. Ils peuvent par ailleurs compter sur le support des centres de réadaptation spécialisés pour de l'information, de la formation et du soutien aux éducatrices. La Table régionale de concertation pour l'intégration des enfants handicapés en milieu de garde de Laval regroupe une trentaine d'établissements et organismes, publics, privés et communautaires, et est l'une des plus actives du Québec.

Les organismes communautaires en déficience physique pour la clientèle pédiatrique de Laval sont peu nombreux. En déficience visuelle et auditive, ainsi que pour les traumatismes crâniens cérébraux, ce sont des organismes supra-régionaux qui apportent leur concours, tels que le Regroupement des aveugles et amblyopes de Montréal, l'Association québécoise pour les enfants avec problèmes auditifs, l'Association québécoise des traumatisés crâniens, etc. En déficience du langage et de la parole, l'Association Dysphasie + est fortement impliquée dans le milieu. Les organismes communautaires offrent aux familles information, soutien, entraide, accompagnement, défense des droits, et font la promotion des services. Plusieurs offrent aussi des services de répit, de dépannage, de gardiennage, de camps de jour et de séjour, d'activités de jour et de soir, etc., visant le développement de l'autonomie, l'accès aux loisirs et le renforcement du réseau social.

Une des mesures privilégiées pour assurer la disponibilité d'une gamme de services au jeune et à ses proches est **le PSI** réalisé avec l'ensemble des distributeurs de services, qui permet d'identifier, de mettre en œuvre et de coordonner les services répondant à l'ensemble des besoins du jeune, de sa famille et de ses proches.

## 3.12.4 Les forces de la région de Laval

La région de Laval a un territoire relativement restreint, la population y est dense et les établissements et organismes distributeurs de services ne sont jamais très éloignés les uns des autres. Cette situation a permis d'instaurer une tradition de partenariat de longue date, qui s'est traduite par la mise en œuvre de plusieurs projets innovateurs assurant la complémentarité, la continuité et la qualité des services. Les comités intersectoriels et les tables de concertation regroupent sans trop de difficultés la majorité des acteurs de l'organisation des services. C'est le cas, notamment, en déficience physique de :

- √ la Table de concertation pour l'intégration des enfants handicapés en milieu de garde;
- √ le comité intersectoriel d'élaboration et de suivi du plan d'action régional en déficience physique;
- √ le comité sur l'intervention concertée en petite enfance;
- ✓ le comité HJR/CSDL;
- ✓ le comité sur l'harmonisation des programmes de 1<sup>re</sup> ligne;
- √ le comité sur les activités de jour en déficience physique;
- √ le comité sur les jeunes avec problématiques multiples;
- ✓ le comité de gestion de la Banque régionale d'équipements (aides techniques);
- ✓ plusieurs comités interrégionaux (*TCC*, interprétation visuelle et tactile, etc.).

L'HJR, devenu le Centre de réadaptation régional en déficience physique en 1996 seulement, a développé en 2001 un programme pédiatrique en déficience du langage d'un niveau de qualité élevé. En 2004, l'ouverture, dans les locaux de HJR, d'un point de services du CR Marie Enfant a permis de desservir, dans la région même, une bonne partie des enfants et des jeunes présentant une déficience motrice.

Historiquement, la clientèle pédiatrique en déficience visuelle et en déficience auditive a été et est encore desservie par les centres de réadaptation spécialisés de Montréal et de la Montérégie.

Il n'y a donc pas de lacune importante dans l'accessibilité aux services de réadaptation en déficience physique pour les enfants et les jeunes. Cependant, la responsabilité ultime des services à cette clientèle revient à l'HJR, c'est pourquoi HJR a de plus en plus recours à des ententes de services avec les centres de réadaptation spécialisés et effectue un suivi quant à la clientèle desservie.

## 3.12.5 Les enjeux

## a) L'accès

Dans le cadre de l'importante réforme du réseau qui confère au CSSS la responsabilité d'élaborer le projet clinique pour la population de son territoire, il est essentiel de maintenir la cohérence, qui a été l'un des objectifs premiers des dernières années dans l'organisation des services en déficience physique. En effet, il n'a pas été simple, et il n'est pas encore acquis totalement, d'établir avec les centres de réadaptation spécialisés hors région, habitués à une totale indépendance, une tradition de reddition de comptes quant à la clientèle desservie et à la nature, l'intensité et la qualité des services. De ce fait, le maintien de la responsabilité d'organisation des services en déficience physique sous

l'égide du centre de réadaptation régional en déficience physique, HJR, est un enjeu majeur pour s'assurer que la région a accès à l'ensemble des services nécessaires pour couvrir les besoins de toutes les personnes qui présentent une déficience physique, et que ces services s'inscrivent à l'intérieur d'ententes harmonisées garantes d'un niveau équivalent d'intensité, de continuité et de qualité.

Par ailleurs, s'il n'y a pas de vide dans les services spécialisés de réadaptation pédiatrique en déficience physique, les enfants qui ont une déficience visuelle ou auditive, ainsi qu'une partie des enfants qui ont une déficience motrice, doivent encore se déplacer à Montréal ou sur la Rive Sud pour recevoir leurs services de réadaptation. La réflexion doit se poursuivre quant aux conditions pour une desserte maximale des enfants dans la région même, de façon à ce que les services qui continueraient à être fournis à l'extérieur ne le soient que pour des raisons majeures liées à une trop faible volumétrie ou à la nécessité d'une expertise ou d'équipements particuliers.

Le programme de transport-hébergement du CSSS de Laval est accaparé à plus de 80 % par les besoins, vitaux, des personnes hémodialysées. Ceci laisse une marge infime pour la contribution financière aux frais de déplacement pour fins de réadaptation.

Les ressources disponibles pour le soutien aux milieux de garde obligent à faire un choix entre les demandes de ces milieux.

## b) La continuité

Même si ce n'est pas original, il y a encore lieu de souligner que l'enjeu majeur en déficience physique a été et demeure le financement des services :

- ✓ Le programme pédiatrique en déficience du langage de HJR doit choisir entre laisser en attente une partie des enfants, à une période d'une importance capitale pour leur développement, ou desservir tout le monde, mais avec une intensité moindre que ce qui serait nécessaire pour assurer la pleine efficacité des interventions cliniques.
- ✓ Les arrimages et la collaboration avec les milieux scolaires sont excellents, mais les ressources consacrées aux services spécialisés dans ces milieux ne permettent pas de rencontrer les obligations attribuées aux services de réadaptation par l'entente MSSS-MELS.
- ✓ Le programme de soutien à la famille du CSSS Laval présente un manque à gagner de plusieurs centaines de milliers de dollars, simplement pour rencontrer la cible moyenne d'allocation fixée par le ministère en 2004-2005.
- ✓ Les ressources résidentielles substituts (RTF/RI) sont rares, et les règles restrictives de financement des adaptations architecturales défavorisent les enfants et les jeunes qui ne sont pas autonomes dans leurs déplacements.

## c) La qualité

L'intégration et la participation sociale des personnes handicapées relèvent d'une responsabilité collective. La nouvelle Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale a pour assises :

- ✓ une implication accrue des ministères et de leurs réseaux, des municipalités et des organismes publics et privés;
- √ des responsabilités importantes pour les partenaires;
- ✓ un Office des personnes handicapées avec un véritable rôle transversal de vigie et des pouvoirs en conséquence.

Des plans d'actions devront être déposés par la plupart des ministères et organismes publics, et par la Ville de Laval, identifiant les obstacles à l'intégration des personnes handicapées et décrivant les mesures prises et les mesures envisagées pour réduire les obstacles à l'intégration.

Il y a là un enjeu de taille car c'est une occasion à ne pas manquer. Si l'OPHQ en a la latitude et le pouvoir, il s'agira d'amener une bonne partie des acteurs sociaux à partager la même conception des besoins des personnes handicapées, jeunes et moins jeunes, et de conjuguer leurs efforts pour mettre en place les facilitateurs et amoindrir les obstacles sur le chemin de l'intégration et de la participation sociale des personnes qui présentent des incapacités.

## Trajectoire 13



SERVICES	PRESTATAIRES	MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE
ÉQUIPE D'INTERVENTION JEUNESSE (ÉIJ)  - Activités de liaison et de coordination pour les jeunes avec des problèmes complexes ou multiples	<ul> <li>CLSC</li> <li>CJL</li> <li>CRDI Normand-Laramée</li> <li>Pavillon Albert-Prévost</li> <li>CSDL</li> <li>OC</li> </ul>	<ul> <li>ÉIJ : mesure inclue dans l'Offre de service « Jeunes en difficulté »</li> <li>PSI</li> </ul>
SERVICE RÉGIONAL JEUNESSE MULTIPROBLÉMATIQUE  - Offre de service conjointe et développement d'une expertise régionale pour des jeunes suivis par le CJL et/ou le CRDI Normand-Laramée		<ul> <li>Service régional jeunesse multiproblématique</li> <li>PI, PSI</li> </ul>

## **TRAJECTOIRE 13**

## 3.13 Les services spécifiques liés aux problèmes multiples ou complexes

Les services spécifiques liés aux problèmes multiples ou très complexes représentent une réponse à une préoccupation importante de continuité et de cohérence du réseau de la santé et des services sociaux pour des jeunes en grand besoin. Particulièrement documentées et mises au jour avec la Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté, les situations complexes ou multiproblématiques de certains jeunes ou enfants ont donné lieu à la mise sur pied en 2003, à l'échelle du Québec, à une équipe d'intervention jeunesse par région administrative. De plus, à Laval, le CJL et le CRDI Normand-Laramée ont développé, au début de 2005, le Service régional jeunesse multiproblématique.

Ces services spécifiques mettent l'accent sur des activités et des moyens de liaison et d'intégration. Ils sont offerts aux enfants et aux jeunes en grand besoin suivis dans le cadre de la LSSSS et à ceux suivis dans le cadre de la LPJ, hébergés ou non hébergés. Ils prennent effet lorsque les services d'un établissement donné ou que les moyens habituels de concertation entre établissements et entre partenaires ont atteint leur limite.

### 3.13.1 L'Équipe d'intervention jeunesse

L'ÉIJ vise les enfants, les jeunes et leurs parents présentant des situations complexes ou une « multiproblématique », qui requièrent l'implication de plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que celles d'autres réseaux, particulièrement de l'éducation et des services de garde<sup>206</sup>.

En vertu des paramètres du MSSS, l'ÉlJ doit contribuer à ce qu'aucun jeune ni aucune famille ne se retrouve sans service adéquat, soit parce que sa situation est très complexe, soit qu'elle nécessiterait l'intervention de plusieurs partenaires et que des arrimages solides sont nécessaires pour offrir une intervention cohérente.

En priorité, les cas dits « de zone grise » sont visés, soit les situations qui ne semblent relever clairement ni des CLSC, ni des centres jeunesse, ni des établissements en toxicomanie, en déficience intellectuelle, en déficience physique ou en santé mentale.

Dans cette optique, ce qui n'est ni à l'un, ni à l'autre exclusivement devient obligatoirement une situation devant être prise en charge par tous les partenaires concernés<sup>207</sup>.

Conformément aux paramètres d'implantation des équipes d'intervention jeunesse du MSSS, l'ÉIJ de Laval s'est implantée dans le territoire du CLSC du Marigot et son coordonnateur relève de ce site du CSSS de Laval. En 2003-2004, l'ÉlJ a accueilli exclusivement les demandes provenant du territoire du

<sup>206.</sup> MSSS, Offre de service - Programme Jeunes en difficulté, document de consultation, mai 2005, page 21.

MSSS, Paramètres d'intervention des équipes d'intervention jeunesse – Projet 2002-2003, page 2.

Marigot puis, en 2004-2005, elle a élargi sa portée à tous les territoires de CLSC tout en gardant une priorité pour celui du Marigot. Brièvement résumé, voici son bilan régional 2004-2005<sup>208</sup>.

## 3.13.1.1 Clientèle rejointe

58 situations ont fait l'objet de l'ÉlJ en 2004-2005. Voici le profil des jeunes desservis.

## Leur âge :

√ 6 à 11 ans : 33 %
√ 12 à 17 ans : 52 %

√ 14 % des situations lavalloises impliquent des jeunes de 0 à 5 ans. Une seule situation implique un jeune de plus de 18 ans.

## Les problématiques rencontrées :

Parmi les 58 situations traitées par l'ÉlJ, les problématiques les plus souvent rencontrées ont été, dans l'ordre :

✓ Déficience intellectuelle : 24/58 (41 %)
 ✓ Problématique parentale : 23/58 (40 %)
 ✓ Santé mentale : 20/58 (34 %)
 ✓ Trouble de comportement : 19/58 (33 %)

Deux situations seulement ont impliqué un enfant présentant une déficience physique ou sensorielle.

## 3.13.1.2 Provenance des références

**TABLEAU 42** Tableau des références par territoire et par établissements

Établissements	Marigot	Mille-Îles	Ruisseau-Papineau	Sainte-Rose de Laval	Laval
CLSC	19	1	5	13	38
CJL	5	1	2	7	15
CRDI	-	-	-	3	3
Pavillon Albert-Prévost	-	1	-	1	2
Total	24	3	7	24	58

Source : ÉIJ, Rapport d'étape et suivi de la mesure, juin 2005

## Les partenaires concernés :

Les 58 situations ont impliqué la participation des partenaires suivants :

✓ CLSC (4)
 ✓ Pavillon Albert-Prévost
 ✓ CSDL
 ✓ CJL
 ✓ CRDI Normand-Laramée
 ✓ Organismes communautaires
 ✓ 48 (83 %)
 ✓ 36 (62 %)
 ✓ 33 (57 %)
 ✓ 29 (50 %)
 ✓ 22 (38 %)

<sup>208.</sup> Tiré de : Agence? Équipe d'intervention jeunesse - Rapport d'étape et suivi de la mesure, Power point - juin 2005.

## 3.13.1.3 L'utilisation du PSI et la durée de prise en charge par l'ÉIJ

Quarante-deux (42) PSI ont été concrétisés (72 % des situations) pour les 58 situations et huit autres sont en cours d'actualisation portant ainsi la moyenne d'utilisation des PSI à 86 %.

Le MSSS vise à ce qu'un PSI soit rendu disponible pour chaque jeune dont le suivi est coordonné par l'ÉIJ. Au minimum, les normes de pratique du programme service « Jeunes en difficulté » du MSSS sont de 40 situations par année dont 75 % font l'objet d'un PSI. La région de Laval a donc déjà dépassé en tout points ces normes minimales (58 situations VS 40; 86 % de PSI VS 75 %).

## 3.13.1.4 L'évolution de la pratique

Les équipes d'intervention jeunesse ont été mises en place partout à travers le Québec dans le cadre de projet pilote d'une durée de trois ans. Après quoi, une évaluation nationale de l'implantation allait permettre d'apprécier l'atteinte des résultats attendus et, le cas échéant, de décider de leur extension. En mai 2005, l'offre de service du programme « Jeunes en difficulté » identifie l'ÉlJ comme une des mesures devant être dispensée sous la responsabilité du CSSS de Laval.

Parmi les résultats observés, voici quelques apports des équipes d'intervention jeunesse. Les équipes intervention jeunesse ont permis :

- ✓ une meilleure coordination des services:
- ✓ un soutien à la recherche de solutions concertées:
- √ le développement local d'une expertise clinique;
- ✓ le réseautage nécessaire pour répondre aux besoins de jeunes présentant des situations complexes ou « mutliproblématiques ».

## 3.13.1.5 Des enjeux régionaux

Les partenaires de la région de Laval adhèrent à cette évaluation et identifient comme enjeux régionaux le déploiement régional de l'ÉlJ, son financement récurrent et son intégration au projet clinique du CSSS de Laval.

## 3.13.2 Le service régional jeunesse multiproblématique<sup>209</sup>

Le Service régional jeunesse « multiproblématique », développé conjointement par le CJL et le CRDI Normand-Laramée, a vu le jour au début de l'année 2005. Il vise à donner une réponse adéquate à des jeunes de 6 à 17 ans qui reçoivent des services de l'un ou l'autre de ces établissements ou les deux à la fois et qui présentent des limites sur le plan du fonctionnement intellectuel ainsi qu'une mésadaptation sociale couplée à des problèmes d'ordre psychiatrique. Ces jeunes vivent des situations qui compromettent leur intégrité physique, émotionnelle et sociale, exacerbées par un manque de soutien approprié.

<sup>209.</sup> Cette section est tirée de deux sources, soit :

MSSS, Imputabilité et partage des responsabilités pour la jeunesse mutliproblématique – État de situation, 2002. CJL, CRDI Normand-Laramée, Projet d'intervention concertée s'adressant à une clientèle jeunesse dite « multiproblématique », février 2003

## 3.13.2.1 Description

En s'associant ainsi, le CJL et le CRDI Normand-Laramée souhaitent développer une expertise conjointe et les ressources nécessaires pour venir en aide aux jeunes qui cumulent les caractéristiques mentionnées plus haut. Ils visent à offrir un ensemble de services spécialisés, en collaboration avec les autres partenaires concernés, tout en favorisant le maintien et le développement des liens familiaux et sociaux. Le Service régional jeunesse « multiproblématique » repose sur des interventions à visée clinique, éducative et sociale, déployées, le plus possible, dans le milieu de vie des jeunes ainsi que dans le cadre d'un centre de services spécialisés spécifiquement créés pour les jeunes cumulant plusieurs problèmes.

La mise en place de ce centre de services spécialisés est privilégié pour concentrer et développer l'expertise afin de :

- ✓ soutenir le développement des compétences du jeune;
- √ tenir des temps de restauration après une désorganisation du jeune;
- √ favoriser la création d'un lien thérapeutique avec l'équipe d'intervention;
- ✓ prodiguer des traitements individuels.

## 3.13.2.2 Clientèle lavalloise identifiée

À partir d'une cueillette de données dans leurs dossiers de juin 2001 à juin 2002, le CJL et le CDRI Normand-Laramée ont identifié, qu'à ce moment, 21 jeunes avaient toutes les caractéristiques pour bénéficier des ressources du Service régional jeunesse « multiproblématique ». Ces jeunes présentaient le profil suivant :

- √ âgés de 6 à 17 ans, dont la majorité avait plus de 14 ans (12 jeunes);
- √ 14 garçons; 7 filles;
- majoritairement hébergés au CJL (14); deux dans des ressources intermédiaires; cinq dans le milieu familial.

Le CJL et le CRDI Normand-Laramée prévoient que 10 à 15 jeunes pourront être desservis simultanément par leur nouveau Service régional jeunesse « multiproblématique ».

## 3.13.2.3 L'évolution de la pratique

La mise sur pied du Service régional jeunesse « multiproblématique » correspond à une piste de solution à expérimenter pour répondre au constat du MSSS dans un rapport intitulé *Imputabilité et partage des responsabilités pour la clientèle jeunesse multiproblématique – État de situation*. Ce constat s'exprime ainsi : dans l'état actuel des choses, aucun établissement ne peut répondre à lui seul aux besoins de ces jeunes qui requièrent souvent une ressource spécialisée, conçue et organisée pour eux, et qui nécessitent les services de plus d'une catégorie d'établissements. Le renouvellement de pratique ici préconisé s'ancre donc dans le développement d'une expertise régionale et d'une offre conjointe de services par les deux types d'établissements identifiés par le MSSS comme étant les plus en mesure de desservir de manière appropriée des jeunes présentant des problèmes multiples et sévères et nécessitant une intensité inhabituelle de prestation de service.

## 4. ANALYSE ET PERSPECTIVES

Le Portrait de l'organisation des services sociaux et de santé aux enfants, aux jeunes et à leur famille a permis de faire ressortir, pour chacune des 13 trajectoires examinées, les enjeux régionaux quant à l'accessibilité, à la continuité et à l'évolution des pratiques. Ce portrait par trajectoires liées à des **problématiques** ou à des **plans d'action** a aussi donné un aperçu du morcellement et du fonctionnement en silos que génère une organisation de services par « problèmes ». Dans la perspective d'un réseau de services intégrés, ce dernier constat milite en faveur de planifier autrement l'offre de services aux jeunes.

## 4.1. L'offre de services intégrée proposée

C'est pourquoi le présent chapitre porte sur une proposition de planification de services intégrés, basée sur la responsabilité populationnelle et sur la hiérarchisation des services, deux principes devant guider l'élaboration du projet clinique du CSSS de Laval. Nous pensons ainsi traduire les buts de cohésion du RSI-Jeunes de Laval et mieux refléter l'arrimage souhaité avec le projet clinique.

La responsabilité populationnelle implique que les intervenants qui offrent des services sur un territoire local partagent collectivement une responsabilité (...) en rendant accessible un ensemble de services le plus complet (...), tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population ». La hiérarchisation des services « implique la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les services, suivant des mécanismes de références entre les dispensateurs<sup>210</sup> ».

L'offre de services intégrés pourrait donc être bâtie selon quatre niveaux pour deux groupes d'âge et s'appuyer sur les ententes de services et de collaboration entre établissements et partenaires d'autres secteurs. Cette offre de services s'appuierait aussi sur les stratégies jugées efficaces ou prometteuses et devra s'inscrire dans les orientations et balises de pratique fixées par le MSSS ou qui font consensus dans les milieux qui ont autorité en la matière. Elle doit aussi correspondre aux offres des programmes services du MSSS. Les cibles et les seuils de services de même que les normes de pratiques qui y sont indiqués doivent être rencontrés par les réseaux locaux de services, d'ici 2010. Les résultats attendus seront d'ailleurs consignés dans les ententes de gestion annuelles entre l'Agence et les établissements de santé et de services sociaux.

De plus, l'offre de services intégrés pour les jeunes de Laval doit comporter des services de soutien et d'accompagnement pour les parents et les proches et doit être adaptée aux caractéristiques culturelles et linguistiques des communautés.

## 4.2 Les quatre niveaux de services

Les quatre niveaux de services permettent de concrétiser à la fois l'approche populationnelle et la hiérarchisation des services en :

\_

<sup>210.</sup> MSSS, Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2004).

- ciblant toute la population du territoire (promotion-prévention) et des profils de clientèle (vulnérables ou à risque particulier, besoins ponctuels et soins aigus, problèmes chroniques stables, problèmes multiples ou complexes);
- ✓ prévoyant, pour chaque niveau, une approche adaptée (entre autres, individuelle/collective);
- ✓ graduant l'intensité des services (généraux/spécifiques/spécialisés/interservices).

## Voici les quatre niveaux de service proposés :

- 1. Des services de promotion de la santé et de prévention pour l'ensemble des jeunes<sup>211</sup> et pour ceux qui présentent des risques de développer des problèmes.
- 2. Des services généraux et des services spécifiques d'aide et d'intervention pour les jeunes en difficulté<sup>212</sup>, ceux qui présentent des déficiences et des incapacités et leur famille (*I*<sup>re</sup> *ligne*).
- 3. Des services spécialisés d'intervention, d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale pour les jeunes en difficulté, ceux qui présentent des déficiences et des incapacités et leur famille (2º ligne).
- 4. Des services (*surspécialisés*) de 3<sup>e</sup> ligne et des services « interprogrammes », « interétablissements » ou conjoints pour les jeunes présentant de multiples problèmes ou des problèmes complexes et leur famille.

# Les quatre niveaux de services 3º ligne 3º ligne Services surspécialisés et programmes interservices 2º ligne Services spécialisés 1º ligne Services généraux et spécifiques Promotion-Prévention Services de promotion-prévention, de dépistage et de santé publique

## 4.3 Deux groupes d'âge

Le continuum de services à quatre niveaux est organisé en fonction de deux groupes d'âge, soit :

- ✓ les enfants de 0 à 4 ans et leur famille (de la grossesse jusqu'à l'entrée à l'école);
- ✓ les jeunes de 5 à 17 ans et leur famille (de l'entrée à l'école jusqu'à la majorité, de 4 à 21 ans pour les jeunes handicapés).

Ces deux regroupements correspondent aux stades de développement, aux milieux de vie significatifs et aux services respectifs des groupes d'âge choisis. Il en découle des approches, des priorités de

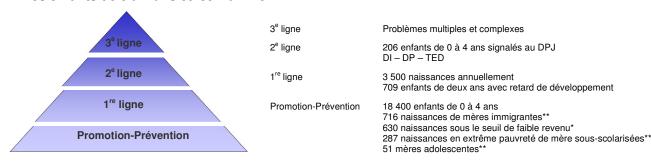
-

<sup>211.</sup> Pour lesquels il y a lieu de maintenir des acquis de santé et de bien-être les plus fragiles et de renforcer les facteurs clés du développement. Les acquis de santé et de bien-être les plus fragiles et les facteurs clés du développement sont déterminés par l'importance, l'ampleur et la gravité des problèmes de santé et psychosociaux observés chez les jeunes et pour lesquels il est démontré qu'une intervention quant à l'adoption de certaines habitudes de vie ou quant au renforcement de certains potentiels de la personne peut faire la différence.

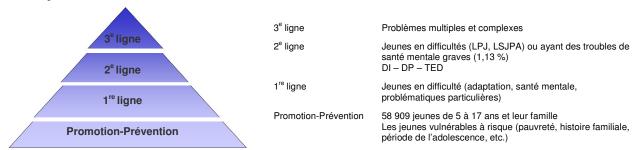
<sup>212.</sup> Le terme « jeunes en difficulté » est pris au sens large. Il fait référence à un ensemble de difficultés.

services et des partenaires de services propres à ces regroupements. Dans le groupe des 5 à 17 ans, les services pour les 12 à 17 ans demandent quelques ajustements au continuum de services.

## Les enfants de 0 à 4 ans et leur famille



## Les jeunes de 5 à 17 ans et leur famille



## 4.4 Des orientations et des balises

Des documents de références et d'orientations du MSSS et du ministère de l'Éducation, des Sports et des Loisirs (MELS) balisent les pratiques et encadrent l'organisation des services sociaux et de santé aux jeunes. Les voici résumés :

- ✓ Le Programme national de santé publique 2003-2012 (duquel découle le Plan d'action régional en santé publique 2004-2007) :
  - Le Cadre de référence sur Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité,
  - Pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires (MSSS-MÉLS),
  - Pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes. Les facteurs clés : définitions et effets sur la réussite éducative, la santé et le bien-être. Recommandations pour l'intervention (MSS-MÉLS).
- ✓ La Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille 2002-2007.
- ✓ Le Rapport du Comité d'experts de la révision de la Loi : La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager.

<sup>\*</sup> Estimation à partir des données de recensement 2001.

<sup>\*\*</sup> Fiches des naissances 2002.

- ✓ Les Orientations ministérielles en déficience physique.
- ✓ La Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et autres proches et le Plan d'action ministériel « Un geste porteur d'avenir » pour les jeunes ayant un trouble envahissant du développement (TED).
- ✓ La Politique de l'adaptation du MÉQ : Une école adaptée à tous ses élèves.
- ✓ L'interprétation des définitions des élèves handicapés et des élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA).
- La Stratégie québécoise d'action face au suicide « S'entraider pour la vie ».
- Le Plan d'action en santé mentale La force des liens 2005-2010.

## 4.5 Des ententes de collaboration

De plus, trois ententes de collaboration, existantes ou en voie de s'actualiser, visent à préciser les rôles et les responsabilités respectives et conjointes des partenaires au regard des services aux jeunes. Le *Protocole de collaboration CLSC-CJ* identifie huit zones de collaboration obligatoire entre les deux établissements et on peut déjà compter, dans la région de Laval, sur l'actualisation de plusieurs de celles-ci. L'*Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation – Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes* a pour but de mettre en place les conditions nécessaires à l'exercice des responsabilités communes des deux réseaux pour toute la gamme de services. Le *Protocole cadre CLSC-CPE* vise à définir l'offre de services sociaux et de santé pour les enfants fréquentant les services de garde et améliorer l'accès aux services respectifs des deux réseaux. Finalement, il existe, depuis peu, un cadre de référence à l'élaboration d'entente pour un meilleur partage de responsabilités CJ-CRDI.

À Laval, le *Protocole de collaboration CLSC-CJ* est déjà bien implanté et quelques zones de collaboration seulement demeurent à peaufiner. La mise en œuvre de l'*Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation est l'une des plus avancées au Québec. Un comité CSSSL-CPE a été formé pour convenir d'un <i>Protocole cadre CLSC-CPE* pour la région et favoriser la signature d'ententes locales entre le CSSS de Laval et les CPE. De plus, les partenaires lavallois des services de santé mentale aux jeunes ont mis en place une nouvelle organisation des services et se sont donnés des mécanismes de liaison efficaces dont un poste d'agent de coordination entre les services de première ligne et ceux de deuxième ligne.

## 4.6 Des outils cliniques de coordination et d'intégration : PI, PSI, PSII

Trois outils incontournables et prévus dans les lois respectives du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que de l'éducation doivent être utilisés pour coordonner les services dispensés à

l'usager et ses proches, en collaboration avec ceux-ci. Il s'agit des plans d'intervention (PI) du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau scolaire et du PSI.

Dans le réseau de l'éducation, conformément à la Loi sur l'instruction publique, chaque élève présentant un handicap ou des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage doit bénéficier d'un PI et c'est le directeur d'école qui voit à sa réalisation et à son évaluation<sup>213</sup>.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, conformément à la LSSSS, chaque usager qui reçoit des services d'un établissement doit aussi avoir un PI et c'est l'établissement qui dispense le service qui l'élabore et le révise<sup>214</sup>.

Toujours conformément à la LSSSS, un plan de services individualisé (PSI) doit être élaboré lorsqu'un usager doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants. L'établissement responsable d'élaborer le PSI est celui qui dispense la majeure partie des services ou l'intervenant désigné après concertation<sup>215</sup>.

Dans le cadre de l'entente de complémentarité entre les deux réseaux, l'harmonisation des plans d'intervention et des plans de services des deux réseaux s'est révélée une priorité. Cette harmonisation pourrait se traduire par un plan de services individualisé et intersectoriel (PSII). Le PSII résulterait d'une démarche conjointe de planification et de coordination des services et des ressources entre les deux réseaux de service. Le PSII ne serait pas la somme des PI de tous les établissements mais un consensus établi entre les différents dispensateurs de services et le jeune et ses parents, sur les objectifs à poursuivre et les moyens de réalisation<sup>216</sup>.

À Laval, une démarche régionale d'implantation rigoureuse de ces outils de coordination suit son cours. Il ne faut pas hésiter à redoubler d'ardeur et à en encourager leur application conforme aux lois des deux réseaux notamment, par un monitoring de leur utilisation auprès des usagers.

## 4.7 Les offres des programmes services du MSSS

Les offres des Programmes-services du MSSS qui concernent les enfants, les jeunes et leur famille devront être incorporées à l'offre de services intégrés. Il s'agit des services du programme « Jeunes en difficulté » et les volets des autres Programmes-services qui visent les jeunes et leur famille, soit : « Santé publique », « Déficience physique », « Di et TED », « Dépendances » et « Santé mentale ». Les volets qui concernent les jeunes dans l'offre de service du programme Services généraux – activités cliniques d'aide sont couverts, pour l'essentiel, dans le programme « Jeunes en difficultés ». Le programme Santé physique (soins palliatifs, lutte contre le cancer, cardiologie tertiaire) ne concerne les jeunes que de manière marginale. Les offres des programmes services s'inscrivent dans le contexte de la création des CSSS. Elles servent d'assise à l'élaboration du projet clinique du CSSS, en collaboration avec les autres établissements et les partenaires intersectoriels. Les normes de

<sup>213.</sup> Loi sur l'instruction publique (art.96.14).

<sup>214.</sup> Loi sur la santé et les services sociaux (article 102).

<sup>215.</sup> Loi sur la santé et les services sociaux (article 103).

<sup>216.</sup> Rapport du groupe de travail sur le plan de services individualisé et intersectoriel., mai 2005, page 9.

pratique des programmes services sont des guides incontournables pour l'allocation des ressources. De plus, les résultats attendus des programmes services sont traduits dans le cahier des charges, dans les ententes de gestion et dans les attentes administratives. Notons que le *Programme national de santé publique 2003-2012* constitue, pour l'essentiel, l'offre de service du programme Santé publique.

## 4.8 Les travaux du comité national de suivi de l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation

Un comité national de concertation MSSS-MÉQ a été formé pour suivre la mise en œuvre de l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Leurs travaux au regard de dossiers prioritaires viennent alimenter et soutenir l'arrimage des deux réseaux de services auprès des jeunes de 5 à 17 ans, au niveau régional et local. Les ajustements requis dans la pratique des deux réseaux dans le cadre de l'offre de services intégrés de la région seront donc guidés par leurs travaux qui ont trait :

- ✓ au déploiement de l'approche ÉES;
- ✓ à la conciliation de la confidentialité et du partage de l'information;
- ✓ à l'arrimage des PI et des PSI;
- ✓ à l'amélioration de la continuité des services pour les jeunes de 16 à 24 ans;
- √ à la problématique du financement des places-élèves au MÉLS et au MSSS.

De plus, leur évaluation de la mise en œuvre de l'Entente de complémentarité devra être prise en compte dans le développement de l'offre de services intégrés pour le groupe de jeunes de 5 à 17 ans.

## 4.9 La contribution des organismes communautaires

Les organismes communautaires autonomes interviennent significativement en matière de santé et de bien-être. Près d'une quarantaine d'entre eux, dont des maisons de la famille (0 à 11 ans), des maisons de jeunes (12 à 17 ans), le Bureau de consultation jeunesse (BCJ), Diapason Jeunesse, Sida-Vie Laval, le CPIVAS, le Centre d'intervention en délinquance, l'Unité mobile OASIS, le TRIL, les Mesures alternatives jeunesse de Laval (MAJ), Gymn-Eau Laval, l'Association Dysphasie +, l'Association québécoise des troubles d'apprentissage (AQETA), l'Association québécoise pour la déficience intellectuelle (AQDI), la Société d'autisme et de TED de Laval, le Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval (ROPPHL), l'Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) et bien d'autres, représentent des piliers importants de l'intervention auprès des jeunes et de leur famille dans les quartiers de Laval et dans leurs communautés respectives. Par leurs services, ils rejoignent les jeunes à risque, les jeunes en difficultés et ceux qui présentent des déficiences et des incapacités. En marge des services sociaux et de santé, les organismes communautaires offrent à des groupes de personnes ayant des caractéristiques communes des lieux d'appartenance et de transition, des réseaux de partage, d'entraide et d'action, de répit, de dépannage, de gardiennage, de camps de jour et de séjour ainsi que des activités de jour et de soir. Guidés par une perspective d'égalité des chances et de solidarité et enracinés dans les quartiers, les organismes communautaires participent de plain-pied au développement social des communautés et offrent des lieux originaux qui viennent enrichir la vitalité de celles-ci. Les organismes communautaires sont aussi reconnus pour leur rôle de vigie des problématiques émergentes et pour leur innovation.

On peut et on doit donc compter sur leur apport pour favoriser une diversité d'approches, compléter l'offre de services aux jeunes et à leurs parents, dans le respect de leur autonomie. D'ailleurs, ils mènent plusieurs de leurs actions et de leurs projets avec des partenaires de divers milieux, dont le réseau de la santé et des services sociaux. Ces actions peuvent faire l'objet de projets conjoints ou d'ententes formelles de collaboration. D'autres sont l'objet de concertations entre partenaires, notamment au sein du Comité régional « violence et jeunes », de la Table de concertation « Famille » (0 à 100 ans) sur le territoire du CLSC Ruisseau-Papineau, des Tables de concertation « Jeunesse » (12 à 17 ans) sur les trois autres territoires de CLSC, des Tables de quartier (6 à 12 ans) et de la Table de concertation régionale pour l'intégration en milieu de garde (pilotée par l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)).

## 4.10 La gouverne

La reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux autour de la création de réseaux locaux de services amènera tous les intervenants d'un territoire à se porter responsable de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services à leur population. Le CSSS agira comme assise du réseau local. Par ailleurs, afin de couvrir l'ensemble des besoins de sa population qu'il ne peut combler à lui seul, le CSSS doit conclure des ententes de services avec d'autres partenaires (autres établissements, organismes d'autres secteurs, organismes communautaires, cliniques médicales). Le CSSS concrétisera donc l'offre de services sociaux et de santé de sa région dans un projet clinique et organisationnel axé sur l'interdisciplinarité entre les intervenants et la complémentarité des services<sup>217</sup>. Ce nouveau mode d'organisation est en train de prendre forme et la gouverne qui s'en suit sera définitivement arrêtée avec l'adoption du projet de Loi 83, prévue pour l'automne 2005.

À Laval, parallèlement à cette reconfiguration, le RSI-Jeunes de Laval a vu le jour en juin 2004. Sa structure évolutive et transitoire veut permettre d'ajuster son rythme et ses cibles de travail au contexte de mise en place du CSSS de Laval et du Réseau local de services. Il s'agit essentiellement d'une structure de **concertation** qui regroupe trois secteurs d'intervention : les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, le réseau de l'éducation, les organismes communautaires, et qui vise à améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services aux jeunes de 0 à 17 ans et leur famille. Le RSI-Jeunes de Laval a aussi comme mandat d'actualiser l'*Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation – Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes.* 

L'organisation des services, les mécanismes d'accès et de continuité recommandés par l'instance de concertation s'inscrit de plain-pied dans le nouveau mode d'organisation des services et doit être vue comme une contribution au développement du Réseau local de services pour la population cible des jeunes et leur famille. Le RSI-Jeunes de Laval et ses travaux prendront donc place, à plus ou moins long terme, dans le Réseau local de services, et d'une manière qui reste à déterminer, en étroite concertation avec le CSSS de Laval.

\_

<sup>217.</sup> Extraits tirés du site Web du MSSS sur la nouvelle organisation des services, 2005.

## 4.11 Des faits saillants

Du portrait de santé et de l'organisation des services, nous retenons les faits saillants suivants :

## Pour les enfants de 0 à 4 ans et leur famille :

- ✓ certains groupes cumulent les facteurs de risque : les familles socioéconomiquement défavorisées, les mères adolescentes et les familles réfugiées;
- √ on peut faire mieux en matière d'allaitement maternel et dans le domaine des habitudes de vie;
- ✓ on doit continuer de miser sur l'intervention précoce;
- √ l'incidence des retards de développement est plus importante qu'on ne le pense.

## Pour les jeunes de 5 à 17 ans et leur famille :

- ✓ la période 5 à 11 ans est cruciale pour le développement des facteurs de protection pour toute la vie;
- ✓ certains jeunes cumulent des facteurs de risque;
- √ la prévalence des troubles d'adaptation et des problèmes de santé mentale est élevée;
- ✓ la prévention doit se faire à l'école et on doit détecter et intervenir tôt en 1<sup>re</sup> ligne.

Ces constats doivent guider le choix de priorités si on veut obtenir des gains de santé.

## 4.12 Onze enjeux incontournables

Tout au cours de l'élaboration du portrait de l'organisation des services aux jeunes (0 à 17 ans) et à leur famille, les partenaires ont fait consensus autour d'enjeux régionaux d'accès, de continuité et de qualité dans chacune des trajectoires. Lorsqu'on les additionne, il doit y en avoir près d'une centaine. Par où commencer?

Si on veut continuer de relever le défi d'une organisation intégrée des services aux jeunes et à leur famille, il faut cibler les enjeux les plus structurants et les plus globaux. Il faut aussi choisir parmi les enjeux qui répondent à la fois aux réalités régionales les plus saillantes et aux priorités nationales fixées pour la meilleure amélioration des services aux enfants, aux jeunes et à leur famille. À notre avis, 11 enjeux répondent à ces critères et deviennent alors incontournables pour le RSI-Jeunes de Laval.

## Des enjeux d'accessibilité

- 1. Augmenter significativement le nombre d'enfants, de jeunes et leur famille rejoints par des services de promotion-prévention et de 1<sup>re</sup> ligne :
  - ✓ dans le cadre des SIPPE,
  - ✓ en petite enfance, porter une attention particulière aux retards de développement, c'est-à-dire être en mesure de détecter, de diagnostiquer tôt et d'intervenir précocement,
  - pour les 5 à 17 ans, déployer et planifier les interventions à partir du milieu scolaire,
  - ✓ cibler les jeunes avec des difficultés d'adaptation (10 à 15 %) et ceux avec des problèmes de santé mentale  $(15 à 20 \%)^{218}$ ,
  - ✓ mettre l'accent sur la promotion et l'accès au suivi psychosocial : cible 2010 du programme service « Jeunes en difficulté » : 7,5 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et leurs parents du
- 2. Cibler les familles cumulant des facteurs de risque notamment, les familles de milieux défavorisés.
- 3. Augmenter significativement le nombre de parents rejoints par du soutien à l'exercice du rôle parental.
- 4. Augmenter significativement les services de soutien direct aux familles : répit, dépannage, allocation, soutien à domicile.
- 5. Adapter les services aux caractéristiques culturelles et linguistiques des communautés.

## Des enjeux de continuité et de hiérarchisation des services

- 6. Réaffirmer la place privilégiée de l'intervention sociale en 1<sup>re</sup> ligne auprès des enfants et des parents et organiser les services en conséquence.
- 7. Encourager les pratiques cliniques préventives et développer des liens de collaboration formels entre les médecins, généralistes et pédiatres, et les services de 1<sup>re</sup> ligne :
  - ✓ dont ceux touchant la périnatalité, la santé mentale, la prévention du suicide.
- 8. Favoriser l'utilisation des services de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> ligne au bon moment (pour les situations graves):
  - ✓ prévoir les outils de référence et les corridors de services en conséquence et soutenir le développement de la pratique des intervenants de 1<sup>re</sup> ligne, notamment par l'expertise de la 2<sup>e</sup> ligne.
- 9. Collaborer très étroitement avec le réseau de l'éducation et le réseau des services de garde :
  - ✓ planifier les services sociaux et de santé aux jeunes conjointement ou en étroite concertation,
  - √ établir les rôles respectifs et conjoints,
  - ✓ mettre en place les conditions de collaboration et d'arrimage nécessaires.

## Des enjeux concernant la qualité

- 10. Faire évoluer les pratiques cliniques et organisationnelles en fonction des connaissances les plus récentes sur les pratiques de pointe et en fonction des normes et balises nationales fixées :
  - soutenir vigoureusement le renouvellement des pratiques, leur standardisation et leur harmonisation.
- 11. Adopter des outils d'évaluation, de référence et d'intervention communs aux partenaires des services aux jeunes. Entre autres, assurer l'actualisation des PI avec la participation des parents et la mise en place systématique des PSI, lorsque requis.

Évidemment ces priorités se concrétisent dans le contexte de réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux autour du Réseau local de services et de l'adoption d'un projet clinique par le CSSSL. Les choix du projet clinique doivent quider les allocations (et/ou les réallocations) de ressources.

Ces deux données ne s'additionnent pas. Plusieurs jeunes cumulent les deux ordres de difficulté.

## 4.12.1 Synthèse de l'offre de service et des enjeux spécifiques aux deux groupes d'âge

Les 11 enjeux incontournables sont issus d'enjeux régionaux plus pointus qui ont été identifiées par les partenaires lors de l'élaboration de chaque trajectoire de services.

En guise de synthèse, nous en relevons près d'une vingtaine par groupe d'âge. Nous les avons choisis parce qu'ils correspondent à ce que les partenaires ont fait ressortir pour chaque trajectoire, aux faits saillants pour chaque groupe d'âge et à ce que les cadres de références sur l'organisation des services et les pratiques cliniques auprès des jeunes et de leur famille nous enjoignent d'adopter. Mais d'abord, nous rappelons l'inventaire des services offerts aux enfants et aux jeunes de Laval qu'ils nous a été à même de dresser à partir du portrait de l'organisation des services.

### 4.12.1.1 Les enfants de 0 à 4 ans et leur famille

L'offre de services du réseau de la santé et des services sociaux de Laval pour les enfants de 0 à 4 ans et leur famille est constituée, de manière variable sur le territoire de Laval, des activités suivantes :

## a) en promotion-prévention et de santé publique (1er niveau) :

- √ pratiques cliniques préventives intégrées au suivi de grossesse et au suivi du bébé;
- ✓ programme Pour une maternité sans danger;
- éducation prénatale de groupe;
- ✓ promotion et le soutien à l'allaitement;
- ✓ suivi nutritionnel et distribution de suppléments alimentaires/l'activité OLO;
- ✓ SIPPE:
- √ vaccination:
- ✓ soutien au développement de l'enfant, à sa sécurité et aux habiletés parentales;
- ✓ prévention et dépistage des troubles du langage chez l'enfant;
- ✓ soutien de santé aux services de garde;
- ✓ les programmes de groupe visant à soutenir les parents dans le développement de leurs compétences parentales Y'APP (groupes Y'APP) et Parent de tout-petit...QUEL DÉFI.

Plusieurs des actions de promotion-prévention en petite enfance se réalisent dans une perspective d'action intersectorielle, de soutien social et de développement des communautés.

## b) dans les services généraux et spécifiques de 1<sup>re</sup> ligne (2<sup>e</sup> niveau) :

- ✓ suivi médical de grossesse;
- √ accouchement;
- ✓ consultation postnatale;
- ✓ suivi régulier du bébé;
- ✓ suivi psychosocial dans le cadre de la LSSSS (difficultés d'adaptation);
- ✓ suivi psychosocial ou intervention de groupe pour des problématiques particulières (violence conjugale, négligence, abus, mauvais traitements physiques, etc.):

  exemples: relation d'aide et soutien, groupes d'enfants témoins de violence conjugale, groupes d'enfants endeuillés par suicide, intervention précoce auprès des enfants avec des troubles du langage;

- ✓ services spécifiques de santé mentale;
- ✓ soutien psychosocial pour les familles d'enfants présentant des DI, DP, TED, notamment le Y'APP adapté;
- ✓ soutien direct aux familles (répit, dépannage, aide matérielle, aide familiale à domicile);
- ✓ services d'évaluation des besoins et services diagnostiques de 1<sup>re</sup> ligne pour les enfants présentant des retards de développement (*DI*, *DP*, *TED*).

## c) dans les services spécialisés de santé et les services sociaux spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne (3<sup>e</sup> niveau)

- √ services spécialisés d'obstétrique et de pédiatrie (dont les mesures ambulatoires du CARL);
- ✓ programme d'intervention concertée (PIC, CRDI et HJR);
- ✓ services rendus dans le cadre de la LPJ;
- ✓ services de pédopsychiatrie;
- ✓ services diagnostiques spécialisés (*DI*, *DP*, *TED*) et intervention concertée pendant l'attente du diagnostic (*CRDI Normand-Laramée/HJR*);
- ✓ services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale pour les enfants présentant une DI, une DP ou un TED.

## d) dans les services sur-spécialisés de 3<sup>e</sup> ligne et les services interprogrammes et interétablissements (4<sup>e</sup> niveau)

- √ des services en santé mentale, en DI, DP ou TED donnés par des centres tertiaires ou des centres de réadaptation pour des services surspécialisés suprarégionaux;
- √ équipe d'intervention jeunesse;
- ✓ service régional jeunesse multiproblématique (CRDI-CJ).

Les médecins en pratique privée occupent une place majeure dans la dispensation des services aux étapes de la grossesse et de la petite enfance.

Les principaux partenaires intersectoriels du réseau de la santé et des services sociaux en matière de petite enfance sont les organismes communautaires et les services de garde à l'enfance notamment, les CPE.

Voici la synthèse des enjeux régionaux d'accès, de continuité et de qualité que les partenaires ont soulevé dans chacune des trajectoires pour les enfants de 0 à 4 ans et leur famille.

# Tableau synthèse des enjeux régionaux – Enfants de 0 à 4 ans et leur famille

Enjeux régionaux	Responsable	Partenaires	Balises et normes
-	nesponsable	raitellalles	ballses et florifies
Accessibilité  Augmenter significativement le nombre de familles vulnérables rejointes par des programmes prometteurs (SIPPE, Y'APP, Parent de tout petit quel Défi!) en multipliant les stratégies de démarchage	CSSS de Laval (y compris les médecins et intra-CSSS)	Médecins en pratique privée OC CLÉ	Programmes services « Santé publique » et « Jeunes en difficulté » Entente de gestion
S'assurer d'un service de suivi postnatal équitable (visites postnatales) entre les mères lavalloises, indépendamment du territoire de CLSC qu'elles habitent et de leurs lieux d'accouchement et en tenant compte des facteurs linguistiques et culturels. Le cas échéant, revoir ou établir des ententes (régionales et/ou interrégionales) avec les centres hospitaliers accoucheurs	CSSS de Laval (intra- CSSS)	Médecins en pratique privée	Réseau local de services  — Projet clinique Politique de périnatalité
Rendre accessibles des activités d'éducation prénatale de groupe sous la forme qui saura le mieux soutenir les futurs parents lavallois, moyennant les ressources appropriées	CSSS de Laval (intra- CSSS)		
Augmenter l'accès à des services d'évaluation des besoins en 1 <sup>re</sup> ligne pour les enfants ayant des difficultés d'adaptation et ceux présentant une DI, une DP ou un TED	CSSS de Laval	CJL (signalements non retenus) CRDI HJR	Programme service « Jeunes en difficulté » Protocole CLSC-CJ (Zones de collaboration 2 et 4)
Pour les enfants de 0 à 4 ans présentant des déficiences, enrayer les listes d'attente des établissements de 2 <sup>e</sup> ligne	CRDI HJR	CSSS de Laval (CARL)	Réseau local de services  – Projet clinique-ententes de services
Augmenter significativement l'accessibilité et l'intensité des services de réadaptation en déficience du langage et en déficience motrice	HJR	CSSS de Laval CR Marie Enfant	Réseau local de services  — Projet clinique-ententes de services
Augmenter significativement les mesures de soutien au développement des compétences parentales	CSSS de Laval CJL CRDI HJR	OC	Programmes services « Santé publique » et « Jeunes en difficulté » et « DI, DP, TED » Réseau local de services - Projet clinique
Réduire, voire éliminer les périodes d'attente encore importantes (8 à 12 mois) pour les diagnostics (DI, DP, TED) et pour les services d'adaptation/réadaptation de 2 <sup>e</sup> ligne	CSSS de Laval (mission CARL)	CRDI HJR	Réseau local de services - Projet clinique

Enjeux régionaux	Responsable	Partenaires	Balises et normes
Continuité Tisser des liens plus formels de	CSSS de Laval	Médecins en pratique	Réseau local de services -
collaboration, de liaison et de coordination entre le réseau public de soins et de services et les médecins en pratique privée concernant notamment, les pratiques cliniques préventives <sup>219</sup> , la consultation postnatale et le suivi du bébé (exemple de moyens: dans le cadre des projets Réseau, GMF, etc.)	occo de Lavar	privée (DRMG, GMF, projets Réseau)	Projet clinique
Compléter et coordonner les rôles des partenaires concernés par les mesures de soutien à l'allaitement selon trois étapes : la prise de décision, l'initiation et la durée	CSSS de Laval (intra- CSSS) Agence	Médecins en pratique privée OC	Plan d'action régional de santé publique Plan d'action régional en allaitement Réseau local de services - Projet clinique
Déployer, autant que faire se peut, l'intensité et la continuité recommandées dans le Cadre de référence sur les SIPPE, en mettant l'accent sur l'intégration des enfants en milieu socialisant	CSSS de Laval DSP	Services de garde, notamment CPE OC	Cadre de référence sur les SIPPE Protocole entre les CPE et le CSSS de Laval
Faire des liens, dans la perspective d'un continuum de services ciblant les familles vivant en contexte de vulnérabilité, entre les activités des services sélectifs et universels pour les 0-5 ans et leur famille <sup>221</sup> , Apporter des ajustements aux différentes composantes, au besoin	CSSS de Laval (intra- CSSS)	Services de garde (CPE) OC	Cadre de référence sur les SIPPE Réseau local de services - Projet clinique
Mieux circonscrire les frontières entre les services généraux des CLSC et les services spécifiques et spécialisés du CARL, en matière d'obstétrique et plus particulièrement pour le suivi postnatal	CSSS de Laval (intra- CSSS)	Médecins en pratique privée	Réseau local de services - Projet clinique
Fortifier l'action intersectorielle locale, entre autres, par des plans d'action concertés visant les familles vulnérables	CSSS de Laval	oc	Cadre de référence sur les SIPPE PNSP et Plan d'action régional de santé publique

<sup>219.</sup> La recherche de cas et le counselling sur la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes; le counselling antitabagique auprès des femmes enceintes; le counselling en matière d'allaitement maternel; de proposer aux familles défavorisées de bénéficier des visites à domicile durant la période périnatale et la petite enfance; le dépistage de la rubéole et de l'hépatite B; l'offre systématique du test de dépistage du VIH aux femmes enceintes; le dépistage de la colonisation par le streptocoque groupe B chez les femmes enceintes.

<sup>220.</sup> Orientation des enfants défavorisés vers les centres de la petite enfance pour des interventions éducatives précoces, counselling concernant l'usage des dispositifs de sécurité – dispositif de retenue dans les voitures, casque pour les cyclistes.

<sup>221.</sup> Notamment l'activité OLO, l'éducation prénatale pour groupes vulnérables, la consultation postnatale, la promotion et le soutien à l'allaitement, le soutien éducatif précoce, les mesures liées à la sécurité des enfants, le soutien à l'engagement paternel, les programmes de soutien à l'exercice du rôle parental *Parent de tout-petit...QUEL DÉFI*! et *Y'APP*.

Enjeux régionaux	Responsable	Partenaires	Balises et normes
Qualité			
Adopter les pratiques cliniques jugées efficaces au regard des familles vulnérables et soutenir par de la formation et de l'encadrement	CSSS de Laval DSP	Services de garde (CPE) OC	Cadre de référence sur les SIPPE Programme service « Santé publique » PNSP et Plan d'action régional de santé publique
Harmoniser les messages et les approches des acteurs des services de l'allaitement	CSSS de Laval (intra- CSSS)	OC	PNSP et Plan d'action régional de santé publique Plan d'action régional en allaitement
Rendre disponible des PI et des PSI dans les dossiers des enfants en conformité avec la LSSSS et en y intégrant les mesures qui visent les parents	CSSS de Laval CJL CRDI HJR Agence	Services de garde ( <i>CPE</i> ) OC, si requis	Programmes services « Jeunes en difficulté » et « DP, DI, TED »
Adopter un protocole cadre régional CSSSL-CPE et favoriser l'adhésion locale à ce protocole	CSSS de Laval Agence		Programmes services « Santé publique », « Jeunes en difficulté » et « DI, DP, TED » Protocole type CLSC-CPE

### 4.12.1.2 Les jeunes de 5 à 17 ans et leur famille

L'offre de services du réseau de la santé et des services sociaux de Laval pour les jeunes de 5 à 17 ans et leur famille est constituée, de manière variable sur le territoire de Laval, des activités suivantes :

### a) en promotion-prévention et de santé publique (1er niveau) :

- ✓ 17 écoles bénéficiant de l'approche ÉES (telle que développée initialement à Laval);
- ✓ des activités touchant les habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires (nonusage du tabac, alimentation, port du casque à vélo, activités et événements favorisant la pratique de l'activité physique);
- ✓ des services préventifs :
  - . vaccination,
  - . services dentaires préventifs,
  - . prévention et contrôle des maladies infectieuses,
  - . programme Fluppy,
  - . consultation en matière de sexualité,
  - . prévention du suicide.
- √ d'autres activités de promotion et de prévention variées, plus ou moins régulières, déployées
  dans les écoles primaires et secondaires de Laval (estime de soi, compétence sociale, résolution
  de conflit, qualité de vie en classe, prévention des abus sexuels, hyperactivité, ateliers d'information et
  de discussion sur la consommation d'alcool et de drogues, sur le sida, sur la protection lors de
  relations sexuelles, groupes d'entraide par les pairs);
- ✓ les programmes de groupe visant à soutenir les parents dans le développement de leurs compétences parentales Programme de formation pour les parents d'enfants défiant l'autorité parentale (*PEDAP aussi appelé Barkley*); Parents d'ado... une traversée.

## b) dans les services généraux et spécifiques de 1<sup>re</sup> ligne (2<sup>e</sup> niveau) :

- ✓ suivi psychosocial dans le cadre de la LSSSS (difficultés d'adaptation);
- ✓ suivi psychosocial ou intervention de groupe pour des problématiques particulières (violence conjugale, négligence, abus, mauvais traitements physiques, dépendances, suicide, etc.): exemples: relation d'aide et soutien, groupes de jeunes témoins de violence conjugale, groupes d'adolescents endeuillés par suicide.
- ✓ services spécifiques de santé mentale;
- ✓ soutien psychosocial pour les familles d'enfants présentant des DI, DP, TED;
- ✓ soutien direct aux familles (répit, dépannage, aide matérielle, aide familiale à domicile);
- ✓ services d'évaluation des besoins et services diagnostiques de 1<sup>re</sup> ligne pour les enfants présentant des retards de développement (*DI*, *DP*, *TED*).

# c) dans les services spécialisés de santé et des services sociaux spécialisés de 2<sup>e</sup> ligne (3<sup>e</sup> niveau):

- ✓ services rendus dans le cadre de la LPJ :
  - services rendus dans le cadre de la LSJPA.
  - programme de qualification des jeunes de 16 à 19 ans,
  - services de pédopsychiatrie,
  - services diagnostiques spécialisés (DI, DP, TED),
  - services spécialisés d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale pour les jeunes présentant une DI, une DP ou un TED.

### d) dans les services sur-spécialisés de 3<sup>e</sup> ligne et des services interprogrammes (4<sup>e</sup> niveau) :

- √ des services en santé mentale, en DI, DP ou TED donnés par des centres tertiaires,
- √ équipe d'intervention jeunesse,
- ✓ service régional jeunesse multiproblématique (CRDI-CJ).

Le milieu scolaire, en accueillant quotidiennement la très grande majorité des jeunes de 5 à 17 ans, est un partenaire majeur du réseau de la santé et des services sociaux et des associations étroites entre les deux réseaux sont rendues nécessaires.

Les médecins en pratique privée occupent une place fort importante dans la dispensation des services aux jeunes notamment, en santé mentale (*y compris en prévention du suicide*) et pour certains troubles tels le TDA/H. On a tendance à sous-estimer cette porte d'entrée en raison de la rareté des liens formels entre eux et les services de première ligne des CLSC.

Les organismes communautaires « jeunesse » représentent aussi des partenaires intersectoriels importants du réseau de la santé et des services sociaux en jeunesse, plus particulièrement au niveau de la promotion-prévention.

Voici la synthèse des enjeux régionaux d'accès, de continuité et de qualité que les partenaires ont soulevé dans chacune des trajectoires pour les jeunes de 5 à 17 ans et leur famille.

<sup>\*</sup> De 4 à 21 ans, pour les jeunes handicapés.

## Tableau synthèse des enjeux régionaux – Jeunes de 5 à 17 ans et leur famille

Enjeux régionaux	Responsable	Partenaires	Balises et normes		
Accessibilité					
Élaborer et déployer l'offre conjointe (SSS et éducation) et globale de promotion- prévention ÉES (incluant des services de type « clinique jeunesse »)	CSSS de Laval Écoles CS DSP	OC Ville de Laval	Programme service « Santé publique » Attentes administratives Entente de complémentarité Éducation-SSS Pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires		
Continuer de renforcer les services de 1 <sup>re</sup> ligne des CLSC par des services généraux et spécifiques et comprenant le traitement biopsychosocial, lorsque requis	CSSS de Laval (intra- CSSS)		Plan d'action en santé mentale <i>La force des liens</i> Réseau local de services - Projet clinique		
S'assurer de donner de l'aide et des services aux jeunes en difficulté dont le signalement n'est pas retenu (requis, selon les études, dans 75 % des cas)	CSSS de Laval	CJL	Programme service  « Jeunes en difficulté » (7,5 % des 0 à 17 ans du territoire)  Protocole de collaboration CLSC-CJ Entente CJ-CRDI		
Augmenter significativement les services de soutien direct aux parents (soutien à la personne, aide psychosociale, répit, dépannage, gardiennage) (notamment en DP, DI et TED)	CSSS de Laval	CRDI HJR CJ	Programmes services  « Jeunes en difficulté »,  « DI, PP, TED »  Cahier des charges 2005 Entente de gestion		
Bien considérer le potentiel de desserte des enfants avec DP dans la région et mettre en place les conditions nécessaires pour rapprocher les services à Laval lorsque jugées souhaitables et réalistes.	HJR Agence Milieu scolaire	Milieu scolaire	Programme services « DP »		
Donner accès aux évaluations de pédopsychiatrie pour les jeunes de 5 à 17 ans et de réévaluation, au besoin	CSSS de Laval Hôpital du Sacré-Cœur	Milieu scolaire	Entente CJ-CRDI Plan d'action en santé mentale la force des liens Réseau local de services- Projet clinique		

Enjeux régionaux	Responsable	Partenaires	Balises et normes
Continuité		•	•
Prévoir et intégrer une fonction de détection de problèmes en émergence ou survenus dans le cadre des interventions de promotion et préciser les liens avec la 1 <sup>re</sup> ligne	CSSS de Laval		Réseau local de services - Projet clinique
Réhabiliter la place privilégiée de l'intervention sociale de 1 <sup>re</sup> ligne et de l'approche milieu qui en découle	CSSS de Laval CJL	Autres établissements de 2 <sup>e</sup> ligne	Programmes services « Jeunes en difficulté », « DI, DP, TED » Protocole de collaboration CLSC-CJ Révision de la LPJ
Renforcer les services de 1 <sup>re</sup> ligne des CLSC: établir une hiérarchisation organisée des services: guichet « privilégié » avec services généraux, globaux, services spécifiques et lignes de références précisées et convenues (Ex.: organisation des services de santé mentale aux jeunes) (incluant des équipes multidiagnostics solides)	CSSS de Laval (CARL)	Médecins en pratique privée Établissements de 2º ligne Milieu scolaire	Programme service « Jeunes en difficulté » Plan d'action en santé mentale La force des liens Réseau local de services - Projet clinique
Travailler en étroite collaboration avec le milieu scolaire et préciser les rôles respectifs et conjoints pour tous les services aux jeunes particulièrement ceux concernant les difficultés d'adaptation et la santé mentale.	CSSS de Laval CJL Service de pédopsychiatrie CSDL	Médecins en pratique privée Autres établissements de 2° ligne	Programme service « Jeunes en difficulté » Entente de complémentarité Éducation-SSS Politique de l'adaptation du MELS: Une école adaptée à tous ses élèves Interprétation des définitions des élèves handicapés et des élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA) Réseau local de services - Projet clinique
Développer et/ou adopter et utiliser des outils communs d'évaluation des besoins et de références	CSSS de Laval Établissements de 2º ligne CS	Médecins en pratique privée OC	Programme service  « Jeunes en difficulté » Plan d'action en santé mentale <i>La force des liens</i> Entente de complémentarité Éducation-SSS Réseau local de services - Projet clinique
Lorsqu'il y a plusieurs partenaires impliqués sur une longue période, procéder systématiquement par PSI Porter attention à la transition 16 à 18 ans	CSSS de Laval Établissements de 2º ligne CS Agence		LSSSS Entente de complémentarité Éducation-SSS
Intégrer les services liés à la problématique du suicide aux services de santé mentale pour les jeunes	CSSS de Laval Pédopsychiatrie Agence		Plan d'action en santé mentale <i>La force des liens</i>

Enjeux régionaux	Responsable	Partenaires	Balises et normes
Qualité			
Faire connaître, susciter l'adhésion et soutenir l'approche ÉES chez l'ensemble des ressources des deux réseaux de services : décideurs, gestionnaires et intervenants	DSP CS CSSS de Laval Écoles		Programme service « Santé publique » PNSP et Plan d'action régional de santé publique
Outiller les acteurs dans le déploiement de la nouvelle offre de services ÉES, notamment par de la formation, un encadrement adéquat et une affectation « synergique » des ressources	DSP CS CSSS de Laval Écoles		Programme service « Santé publique » PNSP et Plan d'action régional de santé publique Pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires
Utiliser systématiquement les PI, les PSI lorsque requis et mieux arrimer les démarches des deux réseaux de services	CSSS de Laval et tous les établissements CS Agence		LSSSS Loi sur l'Instruction publique Entente de complémentarité Éducation-SSS
Dans le cadre de la démarche régionale sur le PSI, s'assurer de maintenir le « coaching » et enclencher le monitoring prévu	Tous les établissements Agence		LSSSS Entente de complémentarité Éducation-SSS
Soutenir les médecins généralistes concernant la santé mentale, la prévention du suicide, notamment par de la formation	CSSS de Laval Pédopsychiatrie	Cliniques médicales GMF CSSS de Laval Pédopsychiatrie	
Soutenir l'adoption de pratiques prometteuses et standardisées, notamment par de la formation et de l'encadrement	CSSS de Laval Agence	Associations Établissements spécialisés	Programmes services MSSS

# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL ET CSSSL- SITE MARIGOT, Équipe d'intervention jeunesse Rapport d'étape et suivi de la mesure, Power point, juin 2005.
- AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité: projet de programmation clinique régionale, Préparé par Ann Mary Mercier, juin 2004.
- AGENCE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, Bilan régional de l'implantation du programme 2003-2004 et perspectives, Document de travail, Préparé par Mireille Bouffard, en collaboration avec Jean Faucon, Centre de santé et de services sociaux de Laval, décembre 2004, 10 pages.
- ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CRDI, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Cadre de référence de l'entente nationale entres les établissements exploitant un CLSC et les CRDI, Pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou présentant un trouble envahissant du développement, leurs famille et leurs autres proches: Des services accessibles, continus et complémentaires, Document de consultation, novembre 2003, 38 pages.
- ASSOCIATION DES CLSC-CHSLD DU QUÉBEC, L'offre de service de première ligne en santé mentale, Document de travail de Jean-Luc Parenteau, 2004.
- BOUCHARD, Louise, L'allaitement maternel et l'alimentation du nourrisson, Université d'Ottawa, GRASP-RESSAUR, AETMIS, novembre 2003, 31 pages.
- BOUCHARD, Louise, *Périnatalité : Enquête de population auprès des Lavalloises*, Données recueillies 15/6/01-12/8/02, Résultats préliminaires présentés le 8 avril 2003.
- BROUSSEAU, J., R.H. BAILLARGEON et H.X. WU, Le développement cognitif des enfants de 17 mois à 29 mois, dans Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ 1998-2002) De la naissance à 29 mois, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 2, no 8, 2002, 40 p. (Collection La santé et le bien-être).
- CENTRE JEUNESSE DE LAVAL, Rapport annuel 2002-2003, 19 pages.
- CENTRE JEUNESSE DE LAVAL, CRDI NORMAND-LARAMÉE, Projet d'intervention concertée s'adressant à une clientèle jeunesse dite « multiproblématique », février 2003, 12 pages.
- CHARRIER, Caroline, Centre d'aide aux victimes d'actes criminels. Coffre à outils Le Trésor, Programme de promotion de l'estime de soi afin de prévenir l'abus, la

- négligence et la violence chez les 3-5 ans, Suivi de l'utilisation du programme 2002-2003, 18 pages.
- CHEVALIER ET DEGUIRE, 2003 dans Jeu de hasard et d'argent : portrait de la situation, en 2002, ISQ.
- CLSC DE LA RÉGION DE LAVAL, Allons à l'essentiel, Programmation des services famille-enfancejeunesse des CLSC de Laval, Collecte de données, Document réalisé par Ginette Gingras, avril 2003, 100 pages.
- COMEAU, Monique, *Panier de service des CLSC à l'intention des jeunes de 12 à17 ans*, Version de travail du 6 avril 2001.
- COMITÉ NATIONAL D'ORIENTATION ÉCOLE EN SANTÉ, Pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes, Les facteurs clés : définitions et effets sur la réussite éducative, la santé et le bien-être, Recommandations pour l'intervention, Document de travail, mars 2005, 46 pages.
- D'AMOUR, D., GOULET, L., PINEAULT, R., LABADIE, J-F., REMONDIN, M., Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets: le cas des services en périnatalité, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, décembre 2003, 25 pages.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 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, 2003, 34 pages.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Ministère de la justice, Ministère de la Sécurité publique, Ministère de l'Éducation, Ministère de la Famille et de l'Enfance, Québec, 2001, 41 pages.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Résumé, 2004, 23 pages.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Ministère de l'Éducation, Le plaisir d'apprendre J'embarque quand ça me ressemble, Programme d'aide pour favoriser le retour en formation des 16-24 ans, Québec, 2004, 22 pages.
- GROUPE D'APPUI À LA TRANSFORMATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE, Avis – Recommandations pour les services aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux et à leur famille, mars 2003, 37 pages.
- HÔPITAL CHARLES-LEMOYNE, Grandir en santé mentale en Montérégie, Projet d'implantation d'un

- réseau intégré de services pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale, janvier 2001, 67 pages.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes, 2004, 50 pages.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, Le portrait de la santé : le Québec et ses régions, éditions 2001, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 2001, 432 pages.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, Résumé préparé par Marthe Deschesnes et Sabine Rousseau dans le cadre d'une consultation provinciale en lien avec l'évaluation d'École en santé au Québec du document à paraître *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires*, Québec, mars 2005.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION DU QUÉBEC, Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires, Élèves handicapés ou élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA): définitions, 24 pages.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, *Une école adaptée à tous ses élèves*, Projet de politique de l'adaptation scolaire, mars 1999, 37 pages.
- MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Protocole CLSC-CPE Guide d'implantation, Entente-Cadre et Protocole-Type, mars 2002, 35 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, De l'intégration sociale à la participation sociale, *Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*, 2001, 111 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Imputabilité et partage des responsabilités pour la jeunesse mutliproblématique État de situation, février 2002, 21 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, L'allaitement maternel au Québec Lignes directrices, 2001, 75 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, La stratégie québécoise d'action face au suicide « S'entraider pour la vie », 1998, 94 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Groupe de travail sur l'actualisation de la Stratégie québécoise d'action face au suicide, La stratégie québécoise d'action face au suicide « S'entraider pour la vie », Plan d'action 2003-2008, Document de travail, juillet 2003, 42 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, 2004, 10 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Offre de service Programme Jeunes en

- difficulté, Document de consultation, mai 2005. 60 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Paramètres d'intervention des équipes d'intervention jeunesse Projet 2002-2003, 8 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2005-2008*, Document de consultation, janvier 2005, 57 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Plan d'action en santé mentale 2005-2010, *La force des liens*, juin 2005, 97 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Agir ensemble Plan d'action national de lutte contre les toxicomanies 2005-2010, Document de travail, février 2005, 59 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Priorités nationales de santé publique 1997-2002, Vers l'atteinte des résultats attendus : 5e bilan, 2003, 261 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, 2003,133 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille (2002-2007), 2002, 48 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Un geste porteur d'avenir*, Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches, 2003, 68 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, ASSOCIATION DES CLSC-CHSLD DU QUÉBEC, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, Pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes, Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires, Document de travail de janvier 2005, 65 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, ASSOCIATION DES CLSC-CHSLD DU QUÉBEC, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, Pour la réussite éducative et le bien-être des jeunes, Les facteurs clés : définitions et effets sur la réussite éducative, la santé et le bien-être, Recommandations pour l'intervention, Document de travail de mars 2005, 46 pages.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE ET DE LA FAMILLE (MESSF), *Protocole CLSC-CPE*, Guide d'implantation, Entente-cadre et protocole-type, mars 2002, 35 pages.
- PERRON, B. et LOISELLE, J., Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, Rapport d'analyse, Institut de la statistique du Québec, Québec, 2002, 240 pages.

- PROTOCOLE D'ENTENTE ENTRE LES CLSC ET LE CENTRE JEUNESSE DE LAVAL, Les CLSC et le Centre jeunesse de Laval: des établissements qui s'appuient pour les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille, avril 2000, 20 pages.
- RAPPORT DU COMITÉ D'EXPERTS SUR LA RÉVISION DE LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE, La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager, février 2004, 193 pages.
- RAPPORT DU COMITÉ SUR LE CONTINUUM DE SERVICES SPÉCIALISÉS DESTINÉS AUX ENFANTS, AUX JEUNES ET À LEUR FAMILLE, *De la complicité à la coresponsabilité*, avril 2004, 82 pages.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, Direction de la santé publique, Estimation des ressources requises pour les 0-17 ans CLSC de Laval, *Allons à l'essentiel*, L'Offre de services essentiels Famille-Enfance-Jeunesse en CLSC, Document de travail, novembre 2002, 17 pages.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, Direction de la santé publique, Plan d'action régional de santé publique — Région de Laval — 2004-2007, Laval, 2004, 65 pages.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, Un portrait de la santé et du bien-être de la jeunesse à Laval, février 2002, 65 pages.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, Plan d'action régional en violence conjugale et agression sexuelle, novembre 2001, 64 pages.

- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, Le bilan de la 1<sup>RE</sup> année d'implantation de la Programmation régionale des services ambulatoires, avril 2000, 47 pages.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, Programmation régionale des services ambulatoire (PRSA), Fiche descriptive de la mesure : OBS-1 : Équipe régionale en périnatalité et clinique néonatale, Programme Obstétrique, 01-09-1999, 12 pages.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, Programmation régionale des services ambulatoire (PRSA), Fiche descriptive de la mesure: OBS-2: Suivi postnatal de la nouvelle accouchée et de son nouveau-né dans le cadre de la réduction des séjours en obstétrique, Programme Obstétrique, date inconnue.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, Programmation régionale des services ambulatoire (PRSA), Fiche descriptive de la mesure: OBS-3: Éducation prénatale régionalisée dans le cadre des congés précoces, Programme Obstétrique, (16-09-2002).
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, Direction de santé publique, Plan d'action régional de santé publique Région de Laval 2004-2007, Laval, 2004, 71 pages.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, *Programme de soutien aux organismes communautaires*, Allocation des subventions 2003-2004 (CA107.9), juin 2003.

# **ANNEXE**

« Liste des collaboratrices et collaborateurs »

## Liste des collaboratrices et collaborateurs

## 1. Jusqu'en avril 2004

### Membres des groupes de travail :

# Le développement, la santé et le bien-être des jeunes enfants

Mireille Bouffard Francine Faubert Claire Godin France McKenzie, coresponsable Liliane Thystère Marlise Vlasblom

# La santé, le bien-être, l'adaptation et l'intégration sociale des jeunes

D<sup>r</sup> Lyne Arcand Martin Bilodeau Jean Desmarais Sylvie Desmarais, coresponsable Claudette Girard Gilles Lambert Stéphanie Leblanc

### La santé mentale, la clientèle jeunesse multiproblématique, la toxicomanie et les dépendances

Bernard Deschênes
François Godin
Raymonde Jobin
Christiane Lachambre
Johanne Lapointe, responsable
Catherine Lanza
Francine Marcil

# 2. Après avril 2004 – Création de la structure transitoire

- Comité intersectoriel jeunesse
- Comité exécutif
- Comité régional de pilotage

# Autres personnes qui ont participé à des rencontres spéciales de validation

Jacques Durand
Gaétan Filion
Jocelyne Gaudreau
D<sup>r</sup> Marie Joyal
Christiane Lachambre
Micheline Langelier
Yvette Montminy
Carole Pagé
Marie-Christine Pallascio
D<sup>r</sup> Anne-Marie Provencher

### Collaborations particulières Personnel de l'Agence de santé et de services sociaux de Laval

D' Lyne Arcand Sylvie Desmarais D' Ève Duval Françoise Gilbert François Godin Richard Grignon D' Claude Laberge D' Diane Lambert France McKenzie Francine Pollender Joy Schinazi

# Structure d'implantation transitoire Réseau de services intégrés aux jeunes de Laval

# **COMITÉ INTERSECTORIEL JEUNESSE**

# Rôle stratégique

Instance régionale de concertation intersectorielle, conseil à la décision, orientations et priorités

Gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux Gestionnaires du réseau de l'éducation Représentants du milieu communautaire

# **COMITÉ EXÉCUTIF**

# Rôle tactique

Instance régionale intersectorielle d'exécution

Gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux Gestionnaires du réseau de l'éducation Représentants du milieu communautaire

# **COMITÉ RÉGIONAL DE PILOTAGE**

# Rôle opérationnel

Instance régionale d'expertise et d'harmonisation, soutien au comité intersectoriel et aux territoires locaux

Représentants du réseau de la santé et des services sociaux Représentants du réseau de l'éducation Représentants du milieu communautaire

# **GROUPES DE TRAVAIL**

Problématiques
Plans d'action



# **DÉPLOIEMENT LOCAL**

Actualisation du RSI-Jeunes dans les territoires locaux

de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

## La structure du RSI – Jeunes est évolutive et transitoire. Participation aux comités en octobre 2005 :

### Comité intersectoriel jeunesse

- Pierre Patenaude, directeur général, Centre jeunesse de Laval président du Comité
- Marie Beauchamp, directrice générale adjointe, CSSS de Laval
- Charles Bedwani, chef du Service de pédopsychiatrie, Hôpital du Sacré-Cœur Pavillon Albert-Prévost
- Claude Belley, directeur général, CRDI-Normand Laramée
- Louise Chaput-Campeau, membre du CA de l'Agence de santé et de services sociaux de Laval
- Nicole Damestoy, directrice de santé publique, Agence de santé et de services sociaux de Laval
- Sylvie Émond, commissaire, membre du comité exécutif de la Commission scolaire de Laval
- Pierre Gingras, directeur Services complémentaires, Commission scolaire de Laval
- Pierre Gaudreau, coordonnateur Adaptation sociale, Direction des programmes, Agence de santé et de services sociaux de Laval
- André Ibghy, directeur général, Hôpital juif de réadaptation
- Lauraine Langlois, directrice régionale, Direction régionale de Laval, des Laurentides et de Lanaudière, MELS
- Stéphanie Leblanc, coordonnatrice, Maison des enfants le Dauphin - Représentante de la Corporation de développement communautaire de Laval (CDCL)
- Effie Maniatis, directrice des services éducatifs, Commission scolaire Sir-Wilfrid-Laurier
- Maurice Pilon, chef du Département régional de médecine générale (DRMG) de Laval, Agence de santé et de services sociaux de Laval
- Mireille Portugais, coordonnatrice, Maison des jeunes de Laval-ouest - Représentante de la Corporation de développement communautaire de Laval (CDCL)
- Claude Sabourin, directeur général, Commission scolaire de Laval

### Personnel accompagnateur

- Alain Carrier, coordonnateur des professionnels, Direction de santé publique, Agence de santé et de services sociaux de Laval
- Joy Schinazi, agente de planification et de programmation sociosanitaire, Direction de santé publique, Agence de santé et de services sociaux de Laval
- Carole Turcotte, agente de programmation -Secteur jeunesse et famille, Direction des programmes, Agence de santé et de services sociaux de Laval

### Comité exécutif

- Pierre Patenaude, président du Comité
- Marie Beauchamp
- Claude Belley
- Nicole Damestoy
- Pierre Gingras
- Stéphanie Leblanc
- Fffie Maniatis

### Personnel accompagnateur

- Alain Carrier
- Pierre Gaudreau
- Joy Schinazi

### Comité régional de pilotage

- Alain Carrier, responsable du Comité
- Roger Adam, coordonnateur des services, Centre Le Maillon
- Carole Allard, directrice, École Alphonse-Desiardins (Niveau secondaire)
- Lise Brousseau, directrice, École Saint-Gilles (Pavillons 1 et 2, Niveau primaire)
- Anna Ciccotosto, coordonnatrice des services complémentaires, Commission scolaire Sir-Wilfrid-I aurier
- Jean Desmarais, coordonnateur des activités avec la communauté et du service des ressources, Centre jeunesse de Laval
- Jean Faucon, directeur du programme Famille-Enfance-Jeunesse, CSSS de Laval (Mille-Îles)

- Diane Filiatrault, directrice du programme Famille-Enfance-Jeunesse, CSSS de Laval (Ste-Rose de Laval)
- Janie Fortin, coordonnatrice, Maison des jeunes de l'est de Laval, Représentante de la Corporation de développement communautaire de Laval (CDCL)
- Guylaine Gagné, pédopsychiatre, Hôpital du Sacré-Cœur. Pavillon Albert-Prévost
- Pierre Gaudreau, coordonnateur adaptation sociale, Direction des programmes, Agence de santé et de services sociaux de Laval
- Michèle Girard, coordonnatrice des services aux enfants naissance-11 ans, CRDI-Normand Laramée
- Jacqueline Hagan, directrice du programme Famille-Enfance-Jeunesse et santé mentale CSSS de Laval (Ruisseau-Papineau)
- Raymonde Jobin, directrice du programme Famille-Enfance-Jeunesse, CSSS de Laval (Marigot)
- Christiane Lachambre, coordonnatrice, Service de l'enseignement et de l'adaptation scolaire, Commission scolaire de Laval
- Suzanne Ménard, coordonnatrice, Programme pédiatrique, Hôpital juif de réadaptation
- Chantal Richer, responsable du niveau préscolaire et du primaire, Direction régionale de Laval, des Laurentides et de Lanaudière, MELS
- Manon Rousseau, directrice, Centre communautaire Val-Martin, Représentante de la Corporation de développement communautaire de Laval (CDCL)

### Personnel accompagnateur

- Joy Schinazi
- Carole Turcotte