# 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.

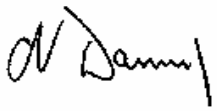
Ce portrait arrive juste à point dans le réseau, puisque l'amélioration de l'offre de service aux jeunes passera par le projet clinique en cours d'élaboration par le CSSS de Laval. Les artisans du projet clinique pourront donc puiser à même ce portrait bon nombre d'éléments qui intègrent, entre autres,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

**Note au lecteur** ..... i

**Mot du président** ..... ii

**Mot de la directrice de santé publique** ..... iii

**Liste des tableaux** ..... iv

**Liste des sigles et des acronymes** ..... v

**INTRODUCTION** ..... 1

**1. LE TERRITOIRE DE LAVAL** ..... 3

**1.1 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES** ..... 3

**1.2 LES JEUNES LAVALLOIS DE 0 À 17 ANS** ..... 4

*1.2.1 Leur nombre* ..... 4
*1.2.2 Leur origine ethnique* ..... 5
*1.2.3 Leurs conditions économiques et d'adaptation sociale* ..... 5
*1.2.4 Des inégalités de santé et de bien-être contre lesquelles on doit agir* ..... 6

**1.3 LES MILIEUX DE VIE DES JEUNES LAVALLOIS** ..... 6

*1.3.1 Les familles* ..... 6
*1.3.2 Les milieux substituts* ..... 7
*1.3.3 Les services de garde* ..... 8
*1.3.4 L'école : un milieu de vie prépondérant pour les jeunes* ..... 9
*1.3.5 La communauté* ..... 10
*1.3.6 Les organismes communautaires* ..... 10
*1.3.7 Ville de Laval* ..... 11

**2. LES BESOINS LIÉS À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE DES JEUNES ET DE LEUR FAMILLE** ..... 13

**2.1 LE CONTEXTE LAVALLOIS** ..... 13

**2.2 LES PROBLÈMES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE LES PLUS IMPORTANTS** ..... 13

*2.2.1 Les enfants de 0 à 4 ans* ..... 13
*2.2.2 Les jeunes de 5 à 17 ans* ..... 15
*2.2.3 L'abus, la négligence et la violence* ..... 18

**3. TREIZE TRAJECTOIRES DE SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ POUR LES JEUNES DE 0 À 17 ANS ET LEUR FAMILLE** ..... 19

**TRAJECTOIRE 1** ..... 23

**3.1 L'OFFRE DE SERVICE À CARACTÈRE UNIVERSEL POUR LES ENFANTS DE 0 À 4 ANS ET LEUR FAMILLE** ..... 23

*3.1.1 Quelques données* ..... 23
*3.1.2 Description* ..... 23
*3.1.3 Les principaux prestataires de services* ..... 24
*3.1.4 L'utilisation des services* ..... 26
*3.1.5 Accès, évaluation du besoin et orientation* ..... 30
*3.1.6 L'intervention, le suivi et la continuité* ..... 34
*3.1.7 La qualité et l'évolution des pratiques et des milieux* ..... 37
*3.1.8 La coordination des services* ..... 42
*3.1.9 Les éléments de force de la région de Laval* ..... 43
*3.1.10 Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services* ..... 44
*3.1.11 Des enjeux de l'organisation de services intégrés* ..... 44

**TRAJECTOIRE 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* ..... 51
*3.2.4 L'utilisation des services* ..... 52
*3.2.5 Accès, évaluation du besoin et orientation* ..... 57
*3.2.6 L'intervention, le suivi et la continuité* ..... 60
*3.2.7 La qualité et l'évolution des pratiques et des milieux* ..... 63
*3.2.8 Les éléments de force de la région de Laval* ..... 66
*3.2.9 Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services* ..... 67
*3.2.10 Des enjeux en matière d'intégration des services* ..... 68

**TRAJECTOIRE 3** ..... **75**
**3.3 LES SERVICES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION POUR LES JEUNES DE 5 À 17 ANS** ..... **75**
*3.3.1 Quelques données* ..... 75
*3.3.2 Description* ..... 78
3.3.2.1 L'offre actuelle de services de promotion et de prévention ..... 80
3.3.2.2 L'exercice de planification conjointe de l'offre de services de promotion et de prévention à partir de l'école (ÉES) ..... 85
*3.3.3 Les acteurs* ..... 87
*3.3.4 L'utilisation des services : un ordre de grandeur* ..... 88
*3.3.5 Les portes d'entrée et l'accès* ..... 89
*3.3.6 La détection et l'orientation* ..... 89
*3.3.7 Le suivi et la continuité* ..... 90
*3.3.8 L'évolution des pratiques et des milieux* ..... 90
*3.3.9 Les éléments de force de la région de Laval* ..... 92
*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* ..... *93*
*3.3.11 Des enjeux de l'offre de services de santé publique auprès des jeunes d'âge scolaire* ..... *94*

**TRAJECTOIRE 4** ..... **101**
**3.4 LES SERVICES PSYCHOSOCIAUX POUR LES JEUNES AYANT DES DIFFICULTÉS D'ADAPTATION** ..... **101**
*3.4.1 Quelques données de prévalence* ..... 101
*3.4.2 Description* ..... 102
*3.4.3 Les principaux prestataires de services* ..... 103
*3.4.4 L'utilisation des services : un ordre de grandeur* ..... 104
*3.4.5 Accueil, évaluation du besoin et orientation* ..... 105
*3.4.6 L'intervention, le suivi et la continuité* ..... 108
*3.4.7 L'évolution des pratiques et des milieux* ..... 111
*3.4.8 Les éléments de force de la région de Laval* ..... 113
*3.4.9 Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services* ..... 113
*3.4.10 Des enjeux en matière d'intégration des services* ..... 113

**TRAJECTOIRE 5** ..... **119**
**3.5 LES SERVICES LIÉS À LA LOI SUR LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (LPJ)** ..... **119**
*3.5.1 Quelques données* ..... 120
*3.5.2 Description* ..... 120
*3.5.3 Les principaux prestataires de services* ..... 122
*3.5.4 L'utilisation des services* ..... 123
*3.5.5 L'accueil* ..... 126
*3.5.6 L'évaluation de la situation* ..... 127
*3.5.7 L'orientation* ..... 128
*3.5.8 L'application des mesures* ..... 128
*3.5.9 La révision* ..... 128
*3.5.10 L'accès, l'évaluation des besoins et l'orientation* ..... 128
*3.5.11 Le suivi et la continuité de l'ensemble du processus* ..... 129
*3.5.12 La qualité et l'évolution des pratiques et des milieux* ..... 131
*3.5.13 Les éléments de force de la région de Laval* ..... 131
*3.5.14 Des moyens porteurs d'une meilleure intégration des services* ..... 132
*3.5.15 Des enjeux en matière d'intégration des services* ..... 133

# Liste des sigles et des acronymes

| | |
|---|---|
| CAVAC | Centre d'aide aux victimes d'actes criminels de Laval |
| CDCL | Corporation de développement communautaire de Laval |
| CH | Centre hospitalier |
| CARL | Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval (anciennement le CHARL) |
| CJ | Centre jeunesse |
| CJL | Centre jeunesse de Laval |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| CPE | Centre de la petite enfance |
| CPEQ | Centre de psychoéducation du Québec |
| CPIVAS | Centre de prévention et d'intervention pour les victimes d'agression sexuelle |
| CRVJ | Comité régional « violence et jeunes » |
| CS | Commissions scolaires |
| CSDL | Commission scolaire de Laval |
| CSSS | Centre de santé et de services sociaux |
| CSWL | Commission scolaire Sir-Wilfrid-Laurier |
| DI | Déficience intellectuelle |
| DPJ | Directeur de la protection de la jeunesse |
| DSP | Direction de santé publique |
| ÉES | École en santé |
| EHDAA | Élèves handicapés ou élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage |
| ÉIJ | Équipe d'intervention jeunesse |
| É-O | Service de l'évaluation-orientation |
| FEJ | Famille-Enfance-Jeunesse |
| HJR | Hôpital juif de réadaptation |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| ITS | Infections transmissibles sexuellement |
| IVG | Interruptions volontaires de grossesse |
| LPJ | Loi sur la protection de la jeunesse |
| LSJPA | Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents |
| LSSSS | Loi sur les services de la santé et les services sociaux |
| MELS | Ministère de l'Éducation, des Sports et des Loisirs |
| MESSF | Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille |
| MÉQ | Ministère de l'Éducation (MÉLS depuis 2005) |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| NÉGS | Naître égaux – Grandir en santé |
| OC | Organismes communautaires |
| OJA | Organismes de justice alternative |
| PACE | Programme d'action communautaire pour les enfants |
| PAR | Plan d'action régional de santé publique |
| PCNP | Programme canadien de nutrition prénatale |
| PI | Plan d'intervention |
| PIC | Programme d'intervention concertée |
| PIQ | Protocole d'immunisation du Québec |
| PNSP | Programme national de santé publique |
| Protocole CLSC-CJ | Protocole d'entente entre les CLSC et le Centre jeunesse de Laval |
| PRSA | Programmation régionale des services ambulatoires |
| PSI | Plan de services individualisé |
| PSJP | Programme de soutien aux jeunes parents |
| PSOC | Programme de soutien aux organismes communautaires |
| PVT | Programme vérification-terrain |
| RCPEL | Regroupement des centres de la petite enfance de Laval |
| RSI-Jeunes de Laval | Réseau de services intégrés pour les jeunes de Laval (0 à 17 ans) |
| SAM | Service de l'application des mesures |
| SIM | Services d'intervention dans le milieu |
| SIPPE | Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité |
| TCOCJL | Table de concertation des organismes communautaires jeunesse de Laval |
| TDA/H | Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité |
| TED | Trouble envahissant du développement |
| TRIL | Travail de rue de l'île de Laval |
| 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;
2. 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 ( .) 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!

# 1. LE TERRITOIRE DE LAVAL

## *1.1 Caractéristiques générales*

Avec une population estimée à 358 661 personnes en 2004, Laval est la quatrième ville en importance au Québec - / - et la huitième région sociosanitaire sur un total de 18

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

**TABLEAU 1**

| | ! | ! " | # | # | |
|---|---|---|---|---|---|
| " | * )+, | , * | (- | . -, | ,* -- |
| /01 | | | | | |

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 ( ); 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 %.

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 ( ) présente toujours, en 2001, des taux supérieurs à l'ensemble lavallois ( ) ce qui dénote une plus grande vulnérabilité socioéconomique pour ce secteur, c'est également le cas pour le territoire du CLSC-CHSLD du Marigot ( )[5].

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

### 1.2.1 Leur nombre

Au nombre de 74 981 ( ), les jeunes de 0 à 17 ans représentent 21 % de la population totale de Laval ( ). Les garçons et les filles y sont représentés presque également ( ). 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 %[6].

) &23 ' (( " *
, % ! " # $ 4! (( 3 $
5 ((
- % ! " # $ 6 " # 78
9 : " -

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** $

| ! | | ! " | | # | | # | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| **, +(*** | | **+ .*+** | | ***** | | *** )-** | | **.) +*** | |

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 ( ) 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 ( ). Ces trois groupes d'âge se répartissent de manière à peu près équivalente entre les territoires des CLSC.

**TABLEAU 3** %&

| ' %& | ! | | ! " | | # | | # | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ***)(** | | **,** | | **, +-** | | **- ,** | | **. .(** | |
| ( | **- *** | | **-. ,** | | *** )(,** | | **-** | | **+ - .(** | |
| | **, .)(** | | **.++** | | **. ) .** | | **( -** | | **. -(+** | |
| ) * ) + | ( , - | | , -, | | . - | | - / | | , - | |

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 (

), 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 ( ), 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[7].

### 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[8];

. " *
* # " " ; " " # " ((

- ✓ 2001, 13 % des familles vivent sous le seuil de faible revenu;
- ✓ 2003, 7,3 % des ménages lavallois[9] 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 ( );
- ✓ 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 ( ), 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*[10]. 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* ( ) *actuellement obtenues par la population la plus favorisée du Québec*[11].

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

**+ ! 7 " <=33> (( 5 ? " " $ # (( ( &23 ' =" ' # ++-7 ++* 2 ? ? " (**

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 ( ) 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 ( ). 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 ( ).

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** ) 0 1 2 3 3 $ 1 2 4 1&
2 $5 6

| | / | / | . | 7 3 3 2 |
|---|---|---|---|---|
| ! 8 2 3 | 73,9 % | 69,4 % | 66,5 % | 84,8 % |

* Enfants de moins de 16 ans.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active ( ).

**TABLEAU 5** ) 0 1 3 8 1& 2 9
2 3 $5 6

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7 3 6 2 3 | / | / | . |
| | **.) 0** | **.( - 0** | **-* 0** |
| 7 3 3 2 3 | / | / | . |
| | **. + 0** | **,* + 0** | **)- , 0** |

Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active ( ).

### 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 ( ), dans des ressources intermédiaires ( ), dans les foyers de groupe ( ) ou encore en hébergement au Centre jeunesse de Laval (CJL) ( ). D'autres enfants et jeunes présentant des déficiences vivent aussi en dehors de leur famille.

**3** *** " # )) ()( -+ 0**

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 ( ) jeunes de 16 à 20 ans ont ainsi été hébergés.

### 1.3.3 Les services de garde[13]

Avec le taux de participation des mères au marché du travail, y compris celui des femmes ayant de tout jeunes enfants évoqué plus haut (
[14]), 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[15], on retrouve autour de 49 % des enfants Lavallois ayant de 0 à 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 ( ) rendues disponibles en septembre 2004 à Laval répondent à 89 % des besoins de la région. En 2006[16], 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** 3 6

| : 3 6 | ! | ! " | # | # | |
|---|---|---|---|---|---|
| ; 9 | .)( )+ -.- | *) .*, . | ,+ +). (. | (( )), ,-, | . + ) ) - ), |
| ) * ) + | / / ( | . / | / . | . | , ( , / |
| 2 # " " "" ( ) | -+ 0 | , - 0 | )+ 0 | )* 0 | , , 0 |

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. Quatre-vingt-cinq pour cent ( ) des enfants reçus dans les services de garde sont issus de familles dont les deux parents travaillent ( ).

---

! " " # " : "
& <=33> # $ @ 3 4 $
) 3 $ 5 = $ 8 " " / " " &3 ' 3 & @ <=33>1
, " : " 5 =/5 = A" A" 1
- ((- " " "
. = " :

*

En plus de favoriser la conciliation travail-famille, le gouvernement, par ses services de garde que sont les centres de la petite enfance (CPE) ( ) 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 ( ) et jusqu'à l'âge de 18 ans ( ), 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 ( ), 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 ( ) 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[20].

**TABLEAU 7** < 6 3 6 %8 % 6

| | | | |
|---|---|---|---|
| **53 ! / ()7 ((,1** | **,+** | **-** | . - , , |
| **533B** | **(** | **)** | / - |
| ) **9 *+ " # $ 4** ( - **C** | /, . , 8 | - - 8 | ( - |

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

*** 53 ! 5 C ()7 ((, (7 (7 (()**
**+ ! " # $ % 6 " # 78**
**9 : "**
**( < = 3 $ " (()**

## 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. ).

- ✓ Soixante pour cent ( ) des décès chez les jeunes se rapportent aux enfants ayant de 0 à 2 ans ( ) et la cause principale est reliée aux affections périnatales, suivie des anomalies congénitales[25].

- ✓ Les trois principales causes d'hospitalisation chez les enfants Lavallois de 0 à 4 ans sont les maladies de l'appareil respiratoire ( **0**), principalement les maladies pulmonaires chroniques et les affections aiguës des voies respiratoires, suivies de loin par les maladies de l'appareil digestif ( )[26].

- ✓ 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[27].

- ✓ Sur 2173 appels pour la région de Laval, au Centre antipoison du Québec, 46 % concernent des enfants ayant de 0 à 5 ans ( ). Le type d'intoxication le plus fréquent chez ces enfants est l'absorption involontaire de médicaments ou autre substance[28].

- ✓ 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; ( ).

- ✓ Chaque année, 102 bébés naissent de mères de moins de 20 ans ).

**TABLEAU 8** ; 2 $ 6 83 6 =
5 > 2 3 > $3 9 , , -

| | ! | ! " | # | # | |
|---|---|---|---|---|---|
| **2 # A** | ***(( ),** | **(** | ***.** | **).** |
| **0 ## E .** | *** )** | **. -** | **. (** | **- -** | **.** |
| **0 ## E ,((** | **- .** | **, *** | **,** | **, ,** | **, .** |
| **2 # A ## C E (** | **)** | | | | **(** |

Source: Fichier naissances, MSSS, 1998-2000.

, ! " # $ % 6 " # 78 9 :
(( "
- " (
. "
* "

### 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[29] :
  - 28 % des jeunes Lavallois de 12 ans et plus fument ( )[30];
  - 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[31].

  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[32]. 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[33]. Ces difficultés peuvent conduire à des troubles alimentaires comme l'anorexie et la boulimie[34].

- ✓ Environ 6 % des élèves du secondaire présentent une consommation problématique[35] de drogues et d'alcool[36].

- ✓ 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-

---

+ &23 ' " ' # " (
( ! " # $ <
# ((
= $ 8 " C $ # +++ ' # & $ ' # ? "
) " 7 ))
<333 " .
= $ 8 " C $ # +++ ' # & $ ' # ? "
) " 7 ))
) <333 " .
, 5 " # $ 9 $ $ " F !
<333 "
- <333 -

nés[37]. 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[38].

- ✓ Les études démontrent que 10 à 15 % des enfants vont avoir des difficultés d'adaptation au cours de leur vie[39]. 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[40]. Dans son Plan d'action en santé mentale 2005-2008 ( ), 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[41]. Ces données appliquées à la population des jeunes de 5 à 17 ans de Laval ( ) 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

---

. " ,
* &23 ' " ' # " ,
+ <333 3 " "
)( GH' 5? 7 < A D < " +
) <333 / 1 ((, " +

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

- ✓ À Laval, 24 % des jeunes Lavallois de 15 à 24 ans ont un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique[44].

- ✓ 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[45].

- ✓ 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 ( ), 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 ( )[46].

- ✓ 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 ( ) 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[47], 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 ( .)[48].

---

) % ! PA" 9 " "
" A ? " )
) + - . ( ,7 ) , - 0
)) = $ 8 ++* /" " # (( 1
), <333 " .
)- <333 "
). % " +
)* %

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

# 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[51].

### 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 :
  - 7 les ateliers de stimulation précoce et de socialisation;
  - 7 les services de halte-garderie et de halte-répit;
  - 7 le programme Brindami, volets « enfant » et « parent »;
  - 7 le programme « Le Trésor »;
  - 7 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.

---

, ! " # $ % " " &
$ ' # (((

### 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 ( ) 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 % ( ) 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 ( ) et d'estime de soi ( ). Des volets « parents » de ces programmes ont été développés. Les CLSC dispensent Brindami volet « Parents ». Ce programme, appelé récemment « Parent de tout-petit…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** # 3 3 3 C 8 2
2 3 $

| ! | ! " | # | # |
|---|---|---|---|
| **C** | **< >**<br>**3** 7**>** **M** | **N**<br>**3** 7**<** | **<** 7**O** |
| **<** **$** **L** | **%** **'**<br>**3** 7**L** 7 7 | **5**<br>**L** 7**<** | **<** **$** **>** # |
| **=** **/** 7**L**<br>7 7**%** **"** 1 | | **<**<br>**!** **"?** | **%** |

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 ( ).

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 ( .);
- ✓ les tables locales intersectorielles 0 à 5 ans en petite enfance dans trois territoires de CLSC ( );
- ✓ la table de concertation « Famille » ( ) sur le territoire du Ruisseau-Papineau;
- ✓ la Table régionale des organismes communautaires « Famille » rattachée à la Corporation de développement communautaire de Laval (CDCL).

, #

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

**TABLEAU 14** A 8

| | ! | ! " | # | # | |
|---|---|---|---|---|---|
| **5 3** | | ****** / 1 | **+** / 1 | **-** / 1 | ***)** / 1 |
| **5 %** | | ***+** / 1 | **),** / 1 | **,(** / 1 | **)*)** / 1 |
| **5 3** **5 %** | **)+*** / 1 | | | | **)+*** / 1 |
| **3 7= ?** | | | | **+** / 1 | **+** / 1 |
| **5G** | **,** / 1 | / 1 | **.(.** / 1 | **)** / 1 | **).-** / 1 |
| ) * ) + D | | | | | . , / 1 |

Source *: Allons à l'essentiel,* avril 2003.

Les taux d'allaitement à Laval, en 2002, sont de 78 % à la sortie de l'hôpital[56], de 63 % à la troisième semaine de vie de l'enfant et de 54 % au troisième mois[57,58]. 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*[59]. 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[60].

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[61]**

| | | | |
|---|---|---|---|
| . 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 % |

**,- N ?** **!** **,I-I( 7 I*I( %**
**" " * ((**
**,. N ?** **6 O R D% 3 7%=33 6% =J<&3**
**# (( " .**
**,* ' # 9. 0 4). 0** **" /= !=' ++*7 (( 1 /J**
**<333 ' #** **' #** **(( " 1**
**,+ N ?**
**# (( " ***
**-( <333 ' #** **(( " .**
**- N ?**
**# (( " ***

*****

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 ( ) 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 ( )[63].

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 ( ), 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 ( ) et les organismes communautaires de Laval ( );
- ✓ près de 900 enfants fréquenteraient les haltes-garderies ( ) des organismes communautaires;
- ✓ 1150 enfants répartis dans 31 CPE-installation ( ) et 19 CPE-milieu familial ( ) bénéficieraient du programme Brindami, tandis que quelque 300 parents de ces enfants participeraient aux activités qui leur sont dédiées[64]. Le nombre d'enfants rejoints correspond à 16 % des places en services de garde dans les CPE de Laval[65]. Une centaine d'enfants et environ 35 parents sont rejoints par le même programme par l'intermédiaire des organismes communautaires;

**- 5 35**
**(( " ,**
**- <333 (( " *(**
**-) ! " " < N # P > 5 #**
**(() " ) ,**
**-, " " <=33> , " # (()**

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 ( ), 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[68].

**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 ( ) 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 ( ) confirme cette présomption. Il en va de même pour le suivi régulier du bébé.

-* ! ! D % # R> % <
D " ? ? " 6 < # ((
- # 7-

**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 ( ) 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 ( )
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.[69], 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 ( ) 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.

---

**-+ ! ! D % # R> % < D " ? ? " 6 < # (( " L - # 7-**

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 ( : .) 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*[75] ». Ainsi, leurs « *résultats montrent une grande hétérogénéité dans la pratique médicale dans le premier mois de vie de l'enfant*[76] ».

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 ( ) 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[77]. Parmi celles-ci et selon nos

**., ! ! D % # H> % <**
**D " ? ? " 6 < # ((**
**" )**
**.- " ,**
**.. # +(**

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)[78] 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

.* 5=5O< " " # " 7
? " " " " " " # $
" J 5=5O< " # " "?

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*[79]. 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.

**.+ < C > = < 333**
**(( " ,**

### 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 ( ), 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 ( ) 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*[80]. Son mandat est le suivant :

✓
✓
✓
✓

✓

*

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 ( ), 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 (

.).

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*[82].

*( % %3
O# $ ( 7(+7 +++ "
* " )
* ! ! D % # R> % <
D " ? ? " 6 < # ((
" -

**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 ( ) 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 ( ) 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 ( ).
- ✓ Préciser et établir les liens entre les services universels ( ), les services sélectifs ( ) et préciser les rôles des uns et des autres.
- ✓ Intégrer les pratiques cliniques préventives préconisées lors du suivi de grossesse[84] et lors du suivi du bébé[85].
- ✓ 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.

*) ? ? " C 4 # $ " C
4 C 4 " " #
" " " 4 " # ? " N4 A $
" L&G 4 " " " $ " N ? F
*, O " " "
" " $ " A

- ✓ Le soutien aux familles en difficulté :
  - 7 *Les ateliers de socialisation pour les 2 à 4 ans* dans le territoire du CLSC-CHSLD du Marigot;
  - 7 le *Projet 3-5 ans interculturel* dans les territoires du CLSC-CHSLD du Ruisseau-Papineau et du CLSC du Marigot ( );
  - 7 le *Programme de soutien éducatif pour les 2 à 5 ans* dans le territoire du CLSC du Marigot ( );
  - 7 *Les matinées Pépé* dans le territoire du CLSC-CHSLD Sainte-Rose de Laval;
  - 7 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 :
  - 7 les activités de soutien social et de développement des communautés issues du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)[87];
  - 7 l'action intersectorielle liée aux services intégrés en périnatalité et petite enfance;
  - 7 Initiative 1,2,3 Go ! Laval-Marigot;
  - 7 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

  - 7 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 (
      - $ clinique de vaccination pour le vaccin contre le virus respiratoire syncytial ,
      - $ 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)[88];

- ✓ Les services spécialisés en pédiatrie :
  - ◦ PED-2 : centre régional ambulatoire pédiatrique regroupant diverses cliniques pédiatriques spécialisées telles que[89] :
    - $ la clinique d'enseignement[90] et la clinique d'asthme pédiatrique (PED-1 et PED-3),

*. " # " 3 5
** 5 $ " 9 " " " #
?A" " #C
*+ % > ? " =!7 +++7()7(* "
+( $ " # 5 35 3 7%

- 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 ( );
- ✓ 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[91], 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** E 0 6
A .

| ! | ! " | # | # | |
|---|---|---|---|---|
| . | -( | *( | +, | - |
| , " | ( " | -( " | (( " | , " |

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** : 3 6 2 3 3 % : * *

| | ! | ! " | # | # | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 # | -. | * | )( | , | .( |

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.

+ J % "" " # (() N ((
! 533J

**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 ( ). 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** : 3 6 2 3 3 3 3 : F'

| | ! | ! " | # | # | |
|---|---|---|---|---|---|
| **O# (( 7 ((** | **, -** | **(** | **, -** | **)*** | ***(** |
| **2 # (( 7 ((** | **-** | **+** | **)** | **(** | **(-** |
| **2 # (( 7 ((** | **- .** | | **, ,** | **)+** | **+** |

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 1er 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** : 3 6 2 3 3 3 3 0 G

| | ! | ! " | # | # | |
|---|---|---|---|---|---|
| **O# " "** **"** | **(** | | **.** | **.** | **.** |
| **2 # (( 7 ((** | **+** | | | | |

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 1er avril 2002 au 31 mars 2003.

…/suite

| | : 3 6 6 | : 3 6 | * 6 2 |
|---|---|---|---|
| ; < D > > | ,( | - )+ | |
| ; < ( D > A > | *- | ( | C 7 ? " $ " 8 " " $ / =!7 -1 |
| ; < / D* > % | ((( ((( | ), -,) | > ? " " 53 75 % |
| ; < D+ 6 > 9 9 | (* | (- | |
| 7 5 $ " | | + | |
| 7 5 $ " $ | | ),) | |

**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,

+. 5 # " 8 " $ " " C " # (( / 1

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 : 5e 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 ( ) 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[98]. 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 ( ) s'effectue par téléphone et une boîte vocale centralisée reçoit l'ensemble des appels qui sont analysés de façon quotidienne. Une

**+* V $ "" " " # / # 1 "**
**# "" !**
**" " " # 8 C <333**
**"**

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[99] ». 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 ( ) 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.

++ (( " -.
(( 5 35 7 7 5 35
(( "

- ✓ 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 ( .).

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 celle-ci 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 ( ) 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 ( ), la Table de concertation « famille » ( ), le Groupe-conseil au Projet 3-5 ans interculturel.

- ✓ L'enracinement des organismes communautaires « famille dans les milieux lavallois ».

( > 7 8 " " < 333

- ✓ 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. ( ).

- ✓ 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 ( ).

- ✓ 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 ( ).

- ✓ Du Guide d'intervention en *Prévention et contrôle des infections dans le centres de la petite enfance*. ( ). 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[103] 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 ( .) 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.

( 3& = " " ; ,

**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 ( ).

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

# Trajectoire 3 (suite)

## 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 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 |
| – Ateliers d'information et de discussion ponctuels, participation aux activités des jeunes | - Écoles<br>- OC | - Comité Agence-FEJ |
| **ACTIVITÉS DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION DANS LA COMMUNAUTÉ** | | |
| – « Panier scolaire »<br>– Activité « boîte à lunch »<br>– Ateliers thématiques d'échange et de discussions<br>– Aide aux devoirs<br>– Animation, sensibilisation pour jeunes à risque et décrocheurs<br>– Actions de promotion et de réduction de la violence<br>– Activités de développement des communautés<br>– etc. | - OC<br>- Ville de Laval<br>- Associations éducatives<br>- CLSC<br>- Écoles | - Table de concertation des organismes communautaires jeunesse de Laval (TCOCJL)<br>- Comité régional « violence et jeunes » (CRVJ)<br>- Tables de concertation jeunesse (3)<br>- Table de concertation Famille (Ruisseau-Papineau)<br>- Projets conjoints entre plusieurs partenaires |

| 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**<br>Conseil de coopération, pédagogie par projets, apprentissage coopératif, médiation par les pairs, Fluppy | - CSSS de Laval/ écoles | - Programme national de santé publique<br>- Plan d'action régional de santé publique<br>- * |
| **RÈGLES, NORMES ET POLITIQUES**<br>Environnement favorisant le non-usage du tabac, favoriser les déplacements actifs, environnement alimentaire sain, etc. | - CSSS de Laval / écoles<br>- OC<br>- Ville, CSDL | - + $ - ./ |

…(suite)

| STRATÉGIES TRANSVERSALES (EXEMPLES) | ACTEURS | MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE |
|---|---|---|
| **SOUTENIR LES HABILETÉS PARENTALES**<br>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. | - CSSS de Laval/écoles<br>- OC<br>- Ville, CSDL, etc. | - 0 ≠<br>$ .'<br>- / #<br>#<br>- |
| **SOUTENIR LES LIENS ÉCOLE-FAMILLE-COMMUNAUTÉ**<br><br>**DISPENSER DES SERVICES PRÉVENTIFS**<br>Vaccination, « cliniques jeunesse », programme de sentinelles, services éducatifs complémentaires | - CSSS de Laval/ écoles<br>- OC<br>- Ville, CSDL, autres partenaires | - RSI-Jeunes de Laval<br>- Comité Agence-FEJ, rôle d'agent de promotion de la santé au CSSS de Laval<br>- Situations d'apprentissage élaborées conjointement santé/éducation<br>- Soutien et accompagnement de la DSP, de la CSDL et soutien conjoint<br>- Projet pilote en dépendances selon l'approche ÉES au 1er cycle du secondaire<br>- Soutien et accompagnement de l'INSPQ dans des écoles de Laval |

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[109]. 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[110]. Ces difficultés peuvent conduire à des troubles alimentaires comme l'anorexie et la boulimie[111].

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 ( ).

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[112].

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[113]. 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 ( ) 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.

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[114].

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.

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

Dix à quinze pour cent ( ) des enfants auront des difficultés d'adaptation au cours de leur vie[116]. Si on applique ces données à la région de Laval ( ), il s'agit d'un potentiel de 5 900 à 8 800 enfants de 5 à 17 ans. Quinze à vingt pour cent ( ) 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 ( ) 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[117].

### 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.

---

) &23 ' " ' # " ,
, 5 : # 78 9
# 78 % " ! ((,
" )
- <333 3 " "
. 5 : # 78 9
# 78 % " ! ((,
"

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 (

**/ L3=5**1 .).

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 ( ) et dans le cadre de vie plus général de l'école, notamment dans les services éducatifs complémentaires ( ). Elle en fait des activités parascolaires, procède par activité régulière ou ponctuelle ( ), 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 .).

Au niveau primaire :

- Programme de formation pour les parents d'enfants défiant l'autorité parentale ( ).

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 » ( );
activité « boîte 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 ( );
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 ( ) et des maisons de jeunes ( ), 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 » ( ) sur le territoire du CLSC Ruisseau-Papineau, les Tables de concertation « Jeunesse » ( ) sur les trois autres territoires de CLSC, les Tables de quartier ( ) 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 » ( ) 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 (ÉES)*

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 ( ) ÉES, figure également parmi les mesures retenues dans le *Programme national de santé publique 2003-2012*[118], 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.

Services dentaires
Cliniques jeunesse
Gang allumée/non-usage du tabac/ Kino et autres saines habitudes de vie
Au-delà de la drogue ( )
Adolescents endeuillés par suicide ( )
Enfants endeuillés par suicide ( )
Entraide par les pairs (ELP) (
)
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 ( ), à la vaccination ( ), aux cliniques jeunesse ( ), 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 ( ).

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 ( .) 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*[120] *».*

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 ( );
- identification des ressources requises, encadrement et suivis nécessaires;

( = " " " < ? ! ? 3 # % "
&23 ' ((,

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 1er 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 ( );
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 (
.).

Un historique de concertation entre les intervenants auprès des jeunes.

Les liens avec le milieu scolaire et des réalisations conjointes.

L'expérimentation d'une 1re 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 » ( ), 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 ( ).

*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 ( ).

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 (
).

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 1re ligne, notamment dans les écoles de milieux défavorisés.

# 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 ( ).

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[121]. Si on applique ces données à la population des 0 à 17 ans de Laval ( ), 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[122], le CJL a reçu 2 435 signalements. De ce nombre, 1 050 ont été retenus pour évaluation par le DPJ. Après évaluation, quelque 340 ( ) signalements seront déclarés faits fondés et seront orientés vers le service d'application des mesures. Pour tous les jeunes dont le signalement

<333 3 " "
5P % "" (( 7 ((

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** 2$ 3 %

K < 5 6

| | ! | ! " | # | # | |
|---|---|---|---|---|---|
| " , / (( 1 ) 0 | - * . +- | ++. , - | * . . ) | * . | + - )) . |
| " . / (( 1 0 | , , * | * . - | . ( ) ( | + . . ) +, | - )) , |
| ) * ) + L ( | | . | / . | . / | , / , |

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 ( ) 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[123] par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux :

- ✓ les services de consultation psychosociale
  );
- ✓ l'accueil, l'évaluation, l'orientation, les interventions psychosociales et le suivi auprès des jeunes et des parents montrant des difficultés d'adaptation (

  );
- ✓ les services d'intervention de crise et de suivi intensif :
  - 7 les services des CLSC auprès des jeunes de 6–18 ans ( ) (
    );
  - 7 le SIM du CJL ( ).

" A ? " 5 35 " (7) "

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 ( ).

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

1) le soutien personnel ( );
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 ( en soutien à l'intervention ).

### 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.

| 9 A 0 | ! | ! " | # | # |
|---|---|---|---|---|
| % 2 | 3 " " 9 5 35 # " C75 # ) )* ? & ) , ? " " * ( # # | 3 " " 9 5 35 # " C75 # ) )* ? & ) , ? " " * ( # # | 3 " " 9 5 35 # " C75 # ) )* ? & ) , ? " " * ( # # | 3 " " 9 5 35 # " C75 # ) )* ? & ) , ? " " * ( # # |

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

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 ( ) 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 lui-même 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.

✓ **L'urgence**

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**

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 ( ) 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.

- ! 5 " 5 3575P
. ! 5 " 5 3575P

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[128].

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 ( ) 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

* 5 "" D

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 ( ) 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.

+ 5P % "" (( 7 ((

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 ( ) et 8 ( ) 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.*[130] *».* 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*[131] *».* 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] ».

( D ' # : ' # ( ((
D ' # : ' # ( ((
D ' # ' # : ' # +- ) ((

### 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 ( .)

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 ( ) 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 1re 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 1re 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 ( ).

- ✓ 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 ( ), 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**<br>– Décider si le signalement est retenu<br>– Décider du degré d'urgence | - CJL :<br>- Réception traitement du signalement (RTS)<br>- PVT<br>- Urgences jeunesse | - Article 38 de la LPJ<br>- Entente de collaboration CLSC-CJ :<br>- Zones de collaboration 1,2<br>- Formulaire de référence et grille d'analyse de demande<br>- Entente multisectorielle[135] |
| **MESURES D'URGENCE ET D'HÉBERGEMENT**<br>– Mesures applicables maximum 24 heures<br>– Consultation parents/enfants<br>– Prolongation judiciaire 5 jours<br>– Retrait de l'enfant de son milieu | - CJL :<br>- Intervenant de la DPJ autorisé | - Article 38 de la LPJ |
| **ÉVALUATION DE LA SITUATION**<br>– Décider si la sécurité ou le développement est compromis | - CJL :<br>- É-O<br>- Projet SIM-É-O | - Article 38 de la LPJ<br>- Entente de collaboration CLSC-CJ :<br>- Zones de collaboration 4,6<br>- PSI provisoire pour le maintien du jeune dans son milieu (zone 6)<br>- Formulaire de référence<br>- Entente multisectorielle |
| **ORIENTATION**<br>**Choix du régime :**<br>– Entente sur les mesures volontaires<br>– Ordonnance judiciaire<br>– Choix des mesures | - CJL :<br>- É-O<br>- Projet SIM-ÉO | - Le choix des mesures art.54 et 91 de la LPJ<br>- Entente multisectorielle |

, = # "?A $ #
M "?A $

# Trajectoire 5 (suite)

## 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 |
|---|---|---|
| **APPLICATION DES MESURES**<br>– Exécution de l'entente ou de l'ordonnance<br>- dans le milieu naturel<br>- en famille d'accueil<br>- en foyers de groupe<br>- en centre de réadaptation | - CJL :<br>- SAM<br>- Services de réadaptation (<br>2 ) | - Entente de collaboration CLSC-CJ :<br>- Zones de collaboration 3,5,7<br>- PI<br>- PSI<br>- Pour les jeunes vivant en milieu substitut, entente favorisant l'accès aux services de scolarisation<br>- Au besoin :<br>- +<br>2 3<br>- Pour les jeunes aux prises avec des dépendances : initiative conjointe avec le Centre Le Maillon<br>- Pour les jeunes cumulant plusieurs problématiques : ÉIJ |
| **RÉVISION**<br>– Maintien des mesures<br>– Fermeture du dossier<br>– Fermeture du dossier et référence | - CJL :<br>- Équipe de réviseurs | - Article 57 de la LPJ<br>- Entente de collaboration CLSC-CJ :<br>- Zone de collaboration 8 |

## 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 ( ) 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 ( ). |
| **Zone 7** | Les situations déclarées compromises par le DPJ pour lesquelles les services du CLSC ( ) 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*[136].

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 ( ).

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[137].

| | . |
|---|---|
| < 3 D<br>**!** **" ! P** | / , |
| D<br>**3 M " ! P**<br>**3 " ! P**<br>**=** **A** **#** **! P** | . (<br>( |
| **/** 19<br>**A** **#** **!** **"** | / - - |
| + D<br>**"** **$** **#** 9 **#** **"** **"**<br>**"** 9 **#** **"** **"**<br>**>** **"** **"** | .<br>. |
| 0 D<br>**P** | (. |

La présente trajectoire concerne essentiellement le processus d'intervention déclenché par un signalement.

**- ! " " " % "" 5 " "**
**# " # % "" 5 " "**
**(() "**
**. 5P % "" (( 7 (( " +**

- ✓ Les signalements pour mauvais traitements physiques représentaient 14,4 % des signalements retenus pour évaluation et 6,1 % des prises en charge par le DPJ[143].

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 ( ), suivie de près par les policiers ( ). Pour les signalements retenus, c'est le personnel scolaire qui est le premier signalant ( ), puis les policiers ( ) et la famille ( ).

Pour quatre catégories de signalants, plus de 40 % de leurs signalements sont retenus. Il s'agit :
- ✓ du personnel des CJ ( );
- ✓ du personnel scolaire ( );
- ✓ du personnel des CLSC ( );
- ✓ et des voisins ( ).

**TABLEAU 26** 3 $ . ))

| | # | : | ) |
|---|---|---|---|
| | + / 1 | - , | , ( ) |
| > " | - / 1 | - . | + |
| 7 3 | / ( | . | ( , |
| | + / 1 | | , ) |
| | / , , 0 1 | + | ) |
| 5 35 | / 1 | (( | |
| 5P | . / 1 | , * | *, |
| L | , - / 1 | . . | |
| ! / 1 | | | ), |
| | )) | . | - |
| ) | ( | . - ( | . ( |

Source: Centre jeunesse de Laval, 2002-2003.

) % "" 5 " "
(() " -, * +
)) 3 # ++ 0 5P " "?

Le TABLEAU 27 dresse un portrait de l'utilisation des ressources d'hébergement.

**TABLEAU 27** %A 6 3 $ N .

| ) 9 | : 3 6 | : 3 6 |
|---|---|---|
| ! A" /%J>1 | ) | ,) |
| > A " | ), | 2 l |
| % | . | 2 l |
| = " ); | ( )- | 2 l |
| ) L G | (. . | 2 l |
| = 9<br>7 " @ <<br>7 ( " @ <<br>7 * " 5 < "<br>/ 1 | 7<br>7 (<br>X * | |
| ) | , | |

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 :
  - 7 d'un contact avec le déclarant dans le but d'apprécier :
    - . la nature des faits signalés;
    - . la vulnérabilité de l'enfant.
  - 7 de vérifications complémentaires;
  - 7 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 ( ). 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 ( ).

), J C " )7 .
)- = " < ( " <

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*[147] 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 ( ) 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 ( ) 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.

**). ""**

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 ( ).

- ✓ 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 ( ). 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 ( ).

- ✓ 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 ( ).

- ✓ 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 ( ) 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

## LES SERVICES POUR LES JEUNES CONTREVENANTS DANS LE CADRE DE LA LOI SUR LE SYSTÈME DE JUSTICE PÉNALE POUR LES ADOLESCENTS (LSJPA)

| SERVICES | PRESTATAIRES | MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE |
|---|---|---|
| **LES MESURES DISCRÉTIONNAIRES APPLIQUÉES PAR LES POLICIERS**<br>– Arrêt des procédures et fermeture du dossier<br>– Avertissement<br>– Renvoi à un organisme communautaire | - Policiers | - Mesures prévues à la LSJPA pour infraction mineure sans violence |
| **SERVICES DU CJL**<br>!<br>(<br>– Évaluation de l'admissibilité au programme des sanctions extrajudiciaires<br>– Préparation des rapports prédécisionnels<br>– Supervision des ordonnances<br>– Suivi des jeunes en mesures probatoires, en surveillance dans la communauté ou en mise sous garde | - CJL | - Processus judiciaire de la LSJPA<br>- Délégué à la jeunesse du CJL |
| **SANCTIONS EXTRAJUDICIAIRES**<br>(ex. : médiation avec la victime, atelier de développement des habiletés sociales, travaux communautaires) | - Mesures alternatives jeunesse de Laval (OJA)<br>- CJL | - LSJPA<br>- 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<br>- 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[153]

La LSJPA est entrée en vigueur le 1er 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**.

, - - # ? A C " " " <333 (()

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 ( ).
- ✓ Les sanctions extrajudiciaires sous la responsabilité du directeur provincial ( ).
- ✓ 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 (

) 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** | - CLSC ( 2 )*<br>- Médecins en pratique privée*<br>- CJL, CR ( )<br>- CH[154] ( 1 ) ( )*<br>- (milieu scolaire ( )) | - Formulaire conjoint « accueil – évaluation » des demandes de service pour référence vers SM 2e ligne<br>- Autres outils communs en développement |
| **SERVICES SPÉCIFIQUES DE 1RE LIGNE**<br>– Intervention et suivi individuel familial et de groupe<br>– Orientation vers des ressources spécialisées lorsque requis<br>– Liaison avec les environnements des jeunes<br>– Le soutien et l'entraide aux parents | - CLSC ( 2 # )<br>- CJL, CR<br>- Médecins en pratique privée | - Groupe de travail régional en santé mentale<br>- Équipes interdisciplinaires en santé mentale ( )<br>- PI<br>- PSI<br>- Formulaire conjoint « accueil-évaluation » des demandes de service pour référence vers SM 2e ligne<br>- ÉIJ<br>( - & $ 3$ ' 45$- 1 (<br>- Formation « PSI » |
| **SERVICES SPÉCIALISÉS DE 2E ET de 3E LIGNE**<br>– L'évaluation pédopsychiatrique et diagnostic (6 )<br>– Le traitement spécialisé (7 )<br>– Le rôle conseil à la formation et à la supervision des intervenants (6 7 )<br>– Le centre de jour (7 )<br>– L'hôpital de jour (7 )<br>– L'unité d'hospitalisation comme mesure d'exception (3e) | - Hôpital du Sacré-Cœur ( 1 )<br>- Hôpital Sainte-Justine ( 87 )<br>- Hors secteur Laval :<br>- Hôpital Sainte-Justine<br>- Hôpital Rivière-des-Prairies<br>- Clientèle anglophone :<br>- Hôpital général juif (" )<br>- Hôpital de Montréal pour enfants | - Groupe de travail régional en santé mentale<br>- Agent régional de coordination<br>- PI<br>- PSI<br>- ÉIJ<br>( - & $ 3$ ' 45$- 1 ( |
| **RÉADAPTATION /INSERTION SOCIALE**<br>– Le soutien et la collaboration avec les environnements significatifs de l'enfant<br>– Les mesures scolaires spécifiques : classes ordinaires et spécialisées | - Hôpital du Sacré-Cœur ( - )<br>- CLSC, CJ, CRDI<br>- Milieu scolaire<br>- OC | - Ententes entre le milieu scolaire et les établissements du réseau (Hôpital du Sacré-Cœur et CH Sainte-Justine)<br>- Classes spécialisées<br>- PSI<br>- Formation « PSI » |

* Établir un diagnostic relève de la pratique médicale.

, ) ? " GH' 3 75Q ! ? " " 8 "

# TRAJECTOIRE 7

## *3.7 Les services pour les jeunes aux prises avec des troubles mentaux*

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 ( ) revêt les enjeux principaux suivants :

- ✓ le renforcement de la 1re 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.

, , D " ""

(( "

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*[156], 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[157]. Dans son *Plan d'action en santé mentale 2005-2008* ( ), 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[158]. Ces données appliquées à la population des jeunes de 5 à 17 ans de Laval ( ) 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)*[159]*. Il s'agit donc de quelque 1 350 élèves[160]. Ce traitement est effectué du niveau préscolaire à la 6e année, plus spécifiquement :

- ✓ la progression atteint son apogée en 3e année;
- ✓ la progression est la plus forte entre le niveau préscolaire et la 1re 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 ( ), 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*[161]* ».

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

,- J ! G 9 J # ?A"
,. GH' 5? 7 < A D < " +
,* <333 / 1 ((, " +
,+ % ! PA" 9 " "
" A ? " )
-( + - .( ,7 ) ,- 0
- D " ""
"

telles que graves, intenses et persistants[162] ». 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 quatre CLSC sont :

- ✓ des activités d'accueil, d'évaluation et d'orientation;
- ✓ l'évaluation-diagnostic médical et le traitement biopsychosocial ( );
- ✓ 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 ( );
- ✓ 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 ( );
- ✓ l'hôpital de jour ( );
- ✓ l'hospitalisation ( );
- ✓ 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.

- D " ""
" + ,

### 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 ( [163]) et les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ( ).

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 ( ). L'Hôpital général juif ( ) 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

- = " C 5 35 " " # " A
5 35 " $ " ? "" "" ? # / 17" A ?
" C 5 35 "

)-

met à la disposition des élèves, des ordres d'enseignement préscolaire, primaire et secondaire, présentant des troubles mentaux[164] 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[165] 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 ( ). (*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 ( ). 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** : 3 6 2 3 9 ? 2>
3 3 6 % $> .

| : 3 6 % 22 9 ? 2> 3 | ! | ! " | # | # | |
|---|---|---|---|---|---|
| * ), | )+ | +- | * | + | , , , |
| ) | | | | - | - |
| : 3 6 % | | | | | |
| * ), | ,( | . ) | (, . | *+ | ) .- |
| ) | | | , , , | ( | / .- |
| : 3 6 3 9 % | | | | | |
| * ), | ( | * | + | , | * |

Source : SIC-CLSC 2003-2004 : Centre d'activité sélectionné : 6930; Profils d'intervention sélectionnés : 310, 410, 810, Ruisseau-Papineau : données de 2004-2005.

-) ! # " A ? " ?
-, ! P 7 (() V "
" " 5 3575G3 ! ' # " "
( 0 ( 0 " # "" # /.) +* (01 ( 0 Z ,((

- ✓ 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

  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* ( )[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.

169

### 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 $

---

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** # 0 2> 3 0 A >

| ! | ! " | # | # |
|---|---|---|---|
| - ? " , I 9<br>H<br>- " A ? , I 9<br>H<br>" A ? / , I 19<br>H | - " A ? ) I 9<br>H<br>- I 9<br>H | - " A ? ) I 9<br>H<br>- " A ?<br>I 9<br>H<br>- " A ?<br>, I 9 H<br>- " A ?<br>I 9 H | - " A ? , I 9<br>H<br>- " A ? , I 9<br>H<br>- " A ? 7<br>I 9 H |

* 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 1re 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 ( ), 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 ( ) 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'ÉIJ 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 ( ) 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 (* .). 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 ( ).
- ✓ 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 ( ).
- ✓ 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 ( ) 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 ( ).
- ✓ Préciser et établir les liens entre les services de première ligne et ceux de deuxième ligne ( ) 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.

*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*[171].

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 ( ).

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[172]. Les facteurs de risque identifiés chez les enfants ( ) et les jeunes ( ) 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[173]. 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 ( ) comprennent :

. <333 D " 3 $ # ! (( " *

. <333 D " 3 $ # ! (( " ,

. 3A ?C <333 ++*
" -, --

- ✓ 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 » ( ) 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 ( ). 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 ( ).

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 ( ) à la région de Laval, 614 jeunes Lavallois[174] 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** : 3 6 % 3 6 % 6 83
3 3 > .

| | ! | ! " | # | # | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 # , . | ( | | . | ) | ( |
| 2 # | -. | | -) | ) | +- |
| 2 # A " | , - | * | * | | * |

Source : Laval, Banque I-CLSC, code – raison d'intervention 4950.

.) =355 (( 6 7 7 ! " # $
(()

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.

- ✓ 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 **P**rotocole d'**A**ide aux personnes **S**uicidaires (adultes) dans le but d'assurer la **C**ontinuité des services à Lav**AL** (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 ( ) 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

## LES SERVICES POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES TÉMOINS DE VIOLENCE CONJUGALE

| SERVICES | PRESTATAIRES | MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE |
|---|---|---|
| **PORTE D'ENTRÉE ET ACCUEIL** | - Maisons d'hébergement :<br>- L'Esther<br>- Le Prélude<br>- Le Bouclier d'Athéna<br>- Services policiers<br>- Centre des femmes de Laval<br>- CLSC<br>- CJL (dans le cadre de la LPJ) | - + 6 8 5 ? - |
| **ÉVALUATION DES BESOINS ET ORIENTATION** | - Maisons d'hébergement :<br>- L'Esther<br>- Le Prélude<br>- Le Bouclier d'Athéna<br>- CLSC<br>- CJL (dans le cadre de la LPJ) | - + 6 8 5 ? - |
| **AIDE, INTERVENTION ET SUIVI**<br>- Services psychosociaux<br>- Groupes d'enfants témoins<br>- Relation d'aide et soutien<br>- Hébergement<br>- Ressources liées au CJ | - Maisons d'hébergement :<br>- L'Esther<br>- Le Prélude<br>- Le Bouclier d'Athéna<br>- CLSC<br>- CJL (dans le cadre de la LPJ) | - + 6 8 5 ? - |

# 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 MÉDICOSOCIALES** | - Urgence sociale de Ville Laval<br>- Services policiers<br>- Cité de la Santé-CARL (applications des trousses)<br>- CARL<br>- CLSC<br>- CJL (dans le cadre de la LPJ) | - Plan d'action régional en violence conjugale et agression sexuelle 2001-2004<br>- Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique |
| **SERVICES D'ACCUEIL ET D'ÉVALUATION** | - CJL (DPJ)<br>- Cité de la Santé-CARL<br>- CLSC<br>- Services policiers | - Table de concertation sur la violence conjugale et les agressions sexuelles de Laval<br>- Table des gestionnaires en violence conjugale et en agression sexuelle |
| **SERVICES DE SUIVI MÉDICAL, PSYCHOSOCIAL ET D'HÉBERGEMENT** | - CJL (dans le cadre de la LPJ)<br>- CPIVAS<br>- CLSC<br>- CARL<br>- CAVAC | - 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;

.- J +

- ✓ 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 (
). 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.

- ✓ 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 ( ), victimes de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins, et les enfants ( ), 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 ( ) d'agression sexuelle récente ( ) 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.

# 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<br>- Milieu scolaire<br>- OC<br>- Policiers | - Programme national de santé publique<br>- Plan d'action régional de santé publique<br>- *<br>- + $ - ./<br>- 0 # $ .'<br>- 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<br>- Groupe de travail régional pour un réseau de services intégrés en dépendances |
| **DÉTECTION, DÉPISTAGE, ÉVALUATION SOMMAIRE ET ORIENTATION** | - CLSC<br>- Milieu scolaire<br>- OC | - Plan d'action national de lutte contre les toxicomanies (en consultation)<br>- Offre de service - Programme dépendances<br>- Groupe de travail régional pour un réseau de services intégrés en dépendances |
| **AIDE ET INTERVENTION** | - CLSC<br>- Écoles<br>- OC<br>- Policiers | - Plan d'action national de lutte contre les toxicomanies (en consultation)<br>- Offre de service - Programme dépendances<br>- Groupe de travail régional pour un réseau de services intégrés en dépendances |
| **SERVICES SPÉCIALISÉS ET DE RÉADAPTATION** | - Centre Le Maillon | - Plan d'action national de lutte contre les toxicomanies (en consultation)<br>- Offre de service - Programme dépendances<br>- Groupe de travail régional pour un réseau de services intégrés en dépendances |

# 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[179]

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 drogue, 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 13,4 ans.
- ✓ environ 6 % des élèves du secondaire présentent une consommation problématique[180] de drogues et d'alcool[181].

**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.

- ✓ 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**[182]

- ✓ 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 1re secondaire à 62 % en 5e 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 ( ).

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.

**PROMOTION-PRÉVENTION**

| ! ; P#; | #; ) +) +#; | <E * : EHE E) F | ! F +: E! ; <% Q | <P#F; <P ; # E ; |
|---|---|---|---|---|
| + % 2 3 6 3 3 A & $ 2 $ % 2 3 $ $ A A83 D $ $ 6 83 2 3 0$ 3 2 $ 9 % $ 3 3 | 5 J " 5 35 < / 1 | # < 7 " # | = | " " A |
| 3 3 I ; R 3 %3 J ) 0 | 5 35 < [ < = | : L # | = | . I |
| * 3 % | 5 35 % 7 " | : C - ) " | = | , ? I |
| E3 % 3 3 | 5 35 % 7 " | : C < 75 | = | ? ( 9 I 9 I |
| % 0 3 | 5 35 % 7 " | : < 75 / 1 | = / 1 | = |
| % 2 3 | 5 35 3 7% | : 5 7 # | = | I " ( |
| % 3 > | ! " P | ! / 1 | % " | " " |
| %0 O D % S | 5 35 5P O5 | J 5 35 / 1 | & " 5 35 5P O5 | |

**DÉTECTION, DÉPISTAGE, ÉVALUATION SOMMAIRE ET ORIENTATION**

| ! ; P#; | #; ) +) +#; | <E * : EHE E) F | ! F +: E! ; <% Q | <P#F; <P ; # E ; |
|---|---|---|---|---|
| ' 3 3 6 3 > | 5 35 < | | = | |
| + 2 ! | 5 35 < | O C | = " " A ? | I |
| # 2 3 3 %8 9 6 3 > 0 3 ! | 5 35 % 7 " | C A " # $ | | |
| F #E 5 A 2 | 5 35 3 7% | P " #C | : 5 35 | I |

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 (
  );
- ✓ 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
  ) et des parents;
- ✓ favoriser le développement du milieu;
- ✓ avoir des mesures de contrôle.

Un projet pilote auprès des jeunes du 1er 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 ( ).

- ✓ Les cibles d'intervention doivent être définies en concordance avec les données de prévalence ( ).

**b) La continuité**

- ✓ Des corridors de services entre l'intervention de promotion-prévention, les services de 1re ligne et les services spécialisés ( ) doivent être identifiés et concrétisées. Des outils de référence doivent être adoptés.

- ✓ Les approches ( .) 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 ( ) 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 ( ).

- ✓ 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 1re ligne.

# Trajectoire 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)

| SERVICES | PRESTATAIRES | MÉCANISMES FORMELS DE COORDINATION ET DE SOUTIEN À LA PRATIQUE |
|---|---|---|
| **ACCUEIL ET ÉVALUATION SOMMAIRE DES BESOINS** | - CLSC<br>- CRDI Normand-Laramée (lorsque requis, conjointement avec le CLSC) | - Outil multiclientèle<br>- Mécanismes d'accès en DI<br>- Protocole régional CRDI-CLSC |
| **SERVICES DIAGNOSTIQUES** | - Clinique du développement du CARL (cas complexe +TED)<br>- Hôpital Rivière-des-Prairies (réévaluation)<br>- Évaluation diagnostic en privé (CRDI Normand-Laramée)<br>- TED :<br>. HJR<br>. Hôpital du Sacré-Cœur (Pavillon Albert-Prévost)<br>. Hôpital Sainte-Justine<br>. Hôpital de Montréal pour enfants<br>. CR Marie Enfant | - Programme d'intervention concertée (PIC)<br>- CRDI Normand-Laramée/HJR |
| **SERVICES SPÉCIFIQUES DE 1re LIGNE**<br>- Soutien psychosocial<br>- Soutien à domicile<br>- Transport | - CLSC<br>- OPHQ (transport adapté) | - Protocole CRDI-CLSC<br>- Cadre de référence du Programme d'organisation de services intensifs et à long terme pour personnes handicapées (POSILTPH)<br>- PI<br>- Plan de service individualisé |
| **SERVICES SPÉCIALISÉS D'ADAPTATION, DE RÉADAPTATION ET D'INTÉGRATION SOCIALE**<br>- Intervention concertée pendant attente diagnostic (CRDI/HJR)<br>- Intervention précoce<br>- Soutien auprès des 7 à 21 ans<br>- Soutien aux familles et aux proches<br>- Ergothérapie, orthophonie<br>- Soutien spécialisé aux partenaires<br>- Soutien à la vie résidentielle | - CRDI Normand-Laramée<br>- CRDI Normand-Laramée/HJR (intervention concertée pendant diagnostic, PIC) | - /<br>- @ !A+B<(<br>- * " &&&$' *<<br>- * ' 45$<br>-<br>- + - & $ ' 45<br>- ' 45$<br>- +5#+&5<br>-<br>- * ' 45$B3' |

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[193] ».* 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[194] ».*

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[195]. 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[196].*

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.

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*[197].

+. <333
(( "

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[198] :

- ✓ les caractéristiques des clientèles et leurs besoins;
- ✓ le type d'intervention caractérisé par sa complexité et son intensité;
- ✓ le milieu de vie ( ).

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 ( ), 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

+*

! # (( " -

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*[199]*.*

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)[200],

++ & " # $ * (() " ,*
(( J # "" "

+

✓ *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 ( .).

- **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 ( ) 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 ( .). 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 ( .), 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'ÉIJ ( [203]) 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.

( " " <

### 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** : 3 6 % 3 6 % 8 2
<E <

| : 3 6 %<br>3 6 % | ! | ! " | # | # | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 # | )* | *) | ( | (. | )-+ |
| 2 # | )( | -( | .+ | - | (+, |
| 2 #<br>A I | * | | ( | | - |

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 ( ) ayant un TED ainsi qu'à leur famille. Le TABLEAU 33 présente les services qui leur sont proposés.

**TABLEAU 33** : 3 6 % #<E: 3 3

| | T | : 6 % 2 @ <E / 1 | : 6 % 2 @ ) ; < / 1 |
|---|---|---|---|
| & " | 2 - | ** | ,) |
| & : /J=!1 | , | 2 I | , |
| 3 " C | . | ), | ( |
| = ? " | 2 | , | ,+ |
| O ? "? | 2 | ) | ) |
| 3 " 9 | | | |
| & 9<br>& " 9 | ,<br>- | ,<br>* | ) |
| % " | 2 | ,) | )) |
| G # | 2 | ) | |
| ! " | 2 | ( | |
| 3 " ? | 2 | )( | .) |

Source : CRDI Normand-Laramée, juin 2004.

**TABLEAU 34** : 3 6 %8 9 <E ) ; < <

| | <E | ) ; < <E |
|---|---|---|
| @ | . | , |
| **3** | | * |
| ) * ) + | . , | . |

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 ( ) et DP ( ).

### 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 ( .). 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 ( ), 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 reçu 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 (
.) 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 » ( );*
- ✓ 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[204].

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.

---

() J (( " (

! # (( " ,

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 11ans 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 ( *)*, 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 ( ).

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[205].

### 3.11.11 Des enjeux en matière d'organisation des services

**a) Concernant l'accès**

- ✓ Éliminer les longues périodes d'attente de diagnostic ( ).

- ✓ Augmenter les services de soutien ( ) 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 ( ) 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 ( .) 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.

( , % "" 5 "
(() " )

# Trajectoire 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**<br>– Services de soutien à la personne<br>– Services de soutien à la famille et aux proches<br>– Mesures d'accessibilité universelle<br>– Mesures de soutien aux différents milieux d'intégration<br>– Services dans la communauté :<br>. répit<br>. camps de jour et de séjour<br>. activités éducatives et culturelles<br>. assistance domestique<br>. entraide et soutien aux familles | - HJR<br>- CRDP hors région<br>- CSSS de Laval<br>- Milieux de garde<br>- OC (Disphasie +, AQT crânien, AQETA (Montréal), RAAM (Montréal)<br>- OC<br>- Ville de Laval | - Soutien de l'OPHQ<br>- Table de concertation régionale pour l'intégration en milieu de garde (OPHQ)<br>- Guide pour faciliter l'action concertée en matière d'intégration des enfants handicapés en milieu de garde<br>- PSI<br>- Mesures de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale |

# 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 ( ).

- ✓ 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 ( .) 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 ( ).

- ✓ Les services spécifiques des organismes publics ( ).

- ✓ Les services communautaires ( .).

- ✓ 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 ( ) 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 ( );
- Institut Raymond-Dewar ( );
- CR Mackay ( );
- Institut Nazareth et Louis-Braille ( );
- Association montréalaise pour les aveugles ( ).

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 ( ) 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 ( ) en déficience motrice.

**TABLEAU 35** # 8 6 % (

| ' %& | + 2 | ; |
|---|---|---|
| ( , | - | |
| - | | |
| * | . | |
| * | ) | |
| ) | | |

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** : 3 6 % 2 9 ? 3 %G H
(

| | ( | | - | ) |
|---|---|---|---|---|
| - | | * | - | / |

Source : HJR, juin 2005.

**d) Association montréalaise pour les aveugles**

**TABLEAU 37** + 3 . 2 (

| | ( | - | ) |
|---|---|---|---|
| | . | , | . |

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 (
) 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** ; 2 %G# <
(

| ) | | ( | | - | ) |
|---|---|---|---|---|---|
| < 7[ | ) | | ) | | . |
| < | | + | - | * | / |
| % 7 " | | | ) | | |
| 3 7% | ( | | + | | |
| ) | | ( | . | ( | |

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 ( ) pour une prise en charge par l'équipe multidisciplinaire de l'établissement.
- ✓ Le volet scolaire pour :
  - les classes de dysphasie 4 ans ( ),
  - les classes de dysphasie 5 ans ( ),
  - les enfants de 8 à 18 ans ( .

**TABLEAU 39 Données statistiques 2004-2005**

| | : 3 6 % 2 |
|---|---|
| **&5** | **).** |
| | **(.** |
| **3** | **(** |
| ) | (. |

Source : HJR, juin 2005.

Le nombre d'enfants en attente pour de la réadaptation avec l'équipe multidisciplinaire ( ) 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** < > ( 8 A

| : | < 2 3 > | < 2 | < 2 | < 2 | ) |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | ) | | - | | |
| 3 | | ) | ( | * | (/ |
| | . | * | + | 77 | |
| ) | /. | .( | | (, | |

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).

- ✓ acquérir une indépendance psychosociale;
- ✓ développer des habiletés lui permettant d'être le plus autonome possible à domicile ( );
- ✓ 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** ( ). 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 psycho-éducation 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 ( ), 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 ( ) 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 ( .);
- ✓ des services de soutien conseil pour l'adaptation des services et des milieux;
- ✓ des services d'adaptation de l'information en médias substituts ( .);
- ✓ des ressources résidentielles non institutionnelles ( ).

**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 ( .);
- ✓ 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 ( );
- ✓ le soutien aux rôles parentaux;
- ✓ les allocations pour le répit, le dépannage, le gardiennage, les camps de jour et de séjour ( );
- ✓ la contribution aux frais de déplacement pour fins de réadaptation ( );
- ✓ 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 1re 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 ( );
- ✓ plusieurs comités interrégionaux ( .).

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

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[208].

#### *3.13.1.1 Clientèle rejointe*

58 situations ont fait l'objet de l'ÉIJ 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'ÉIJ, les problématiques les plus souvent rencontrées ont été, dans l'ordre :

- ✓ Déficience intellectuelle : 24/58 ( )
- ✓ Problématique parentale : 23/58 ( )
- ✓ Santé mentale : 20/58 ( )
- ✓ Trouble de comportement : 19/58 ( )

Deux situations seulement ont impliqué un enfant présentant une déficience physique ou sensorielle.

#### *3.13.1.2 Provenance des références*

**TABLEAU 42** ) 6 2 6 3

| F 6 3 | ! | ! " | # | # | |
|---|---|---|---|---|---|
| **5 35** | + | | , | | * |
| **5P** | , | | | . | , |
| **5%!&** | 7 | 7 | 7 | | |
| # 7 | 7 | | 7 | | |
| **J** | ) | | . | ) | ,* |

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) : 48 ( )
- ✓ Pavillon Albert-Prévost : 36 ( )
- ✓ CSDL : 33 ( )
- ✓ CJL : 33 ( )
- ✓ CRDI Normand-Laramée : 29 ( )
- ✓ Organismes communautaires : 22 ( )

(* J 9 \:$ " @% "" " R " 7 ((,

#### *3.13.1.3 L'utilisation du PSI et la durée de prise en charge par l'ÉIJ*

Quarante-deux ( ) PSI ont été concrétisés ( ) 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 ( ).

#### *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'ÉIJ 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'ÉIJ, son financement récurrent et son intégration au projet clinique du CSSS de Laval.

### 3.13.2 Le service régional jeunesse multiproblématique[209]

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.

(+ 5 9
<333 ((
5P 5%!& 2 7 C " # $
((

#### *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 ( );
- ✓ 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*[210] *».*

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 :

**( < 333**

- ✓ 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 :**

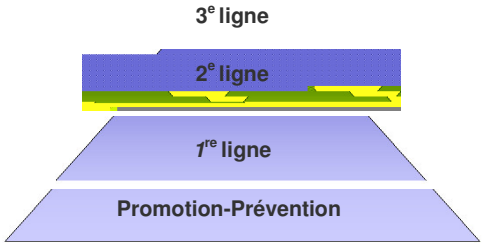
1. Des services de promotion de la santé et de prévention pour l'ensemble des jeunes[211] et pour ceux qui présentent des risques de développer des problèmes.

2. Des services généraux et des services spécifiques d'aide et d'intervention pour les jeunes en difficulté[212], ceux qui présentent des déficiences et des incapacités et leur famille ( ).

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 ( ).

4. Des services ( ) de 3e 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**




| | |
|---|---|
| 3e ligne | Services surspécialisés et programmes interservices |
| 2e ligne | Services spécialisés |
| 1re 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

$ A $ # 78 " "" $ # 78 " "" " " " " #C " A ? # F " $ $ $ " ? # $ " " " " & #

*

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 ( ), des maisons de jeunes ( ), 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 » ( ) sur le territoire du CLSC Ruisseau-Papineau, des Tables de concertation « Jeunesse » ( ) sur les trois autres territoires de CLSC, des Tables de quartier ( ) 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*[217]*.* 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.

## *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 1re 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 ( ) 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 1re 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 ( ) et ceux avec des problèmes de santé mentale ( )[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 territoire.
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 1re 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 1re ligne :
   - ✓ dont ceux touchant la périnatalité, la santé mentale, la prévention du suicide.
8. Favoriser l'utilisation des services de 2e et de 3e ligne au bon moment ( ) :
   - ✓ prévoir les outils de référence et les corridors de services en conséquence et soutenir le développement de la pratique des intervenants de 1re ligne, notamment par l'expertise de la 2e 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 guider les allocations ( ) de ressources.**

* 5 "

### 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 1re ligne (2e niveau) :**

- ✓ suivi médical de grossesse;
- ✓ accouchement;
- ✓ consultation postnatale;
- ✓ suivi régulier du bébé;
- ✓ suivi psychosocial dans le cadre de la LSSSS ( );
- ✓ suivi psychosocial ou intervention de groupe pour des problématiques particulières ( .) :

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;

| Enjeux régionaux | Responsable | Partenaires | Balises et normes |
|---|---|---|---|
| ***Continuité*** | | | |
| Tisser des liens plus formels de 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[219] [220]; la consultation postnatale et le suivi du bébé ( .) | CSSS de Laval | Médecins en pratique privée ( ) | Réseau local de services - 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 ( ) 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[221], *A*pporter des ajustements aux différentes composantes, au besoin | CSSS de Laval ( ) | Services de garde ( ) 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 ( ) | 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* |

+ ? ? " C 4 # $ " C
4 C 4 " " #
" " " 4 " # ? " N4 A $
" L&G 4 " " " $ " N ? F

( O " "
" @ " $ " A
2 O O " " " # " " "
" "
" H " ]

| 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<br>DSP | Services de garde ( )<br>OC | Cadre de référence sur les SIPPE<br>Programme service « Santé publique »<br>*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 ( ) | OC | *PNSP* et *Plan d'action régional de santé publique*<br>*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<br>CJL<br>CRDI<br>HJR<br>Agence | Services de garde ( )<br>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<br>Agence | | Programmes services « Santé publique », « Jeunes en difficulté » et « DI, DP, TED »<br>*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 ( );
- ✓ des activités touchant les habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires ( );
- ✓ 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 ( );
- ✓ 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 ( ); Parents d'ado… une traversée.

**b) dans les services généraux et spécifiques de 1re ligne (2e niveau) :**

- ✓ suivi psychosocial dans le cadre de la LSSSS ( );
- ✓ suivi psychosocial ou intervention de groupe pour des problématiques particulières ( .) :

  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 ( );
- ✓ services d'évaluation des besoins et services diagnostiques de 1re ligne pour les enfants présentant des retards de développement ( ).

**c) dans les services spécialisés de santé et des services sociaux spécialisés de 2e ligne (3e 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 ( ),
  - 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 3e ligne et des services interprogrammes (4e 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 ( ) 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.

* ! ) " ? "

## 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 ( ) et globale de promotion-prévention ÉES (incluant des services de type « clinique jeunesse ») | CSSS de Laval<br>Écoles<br>CS<br>DSP | OC<br>Ville de Laval | Programme service « Santé publique »<br>Attentes administratives<br>Entente de complémentarité Éducation-SSS<br>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 1re ligne des CLSC par des services généraux et spécifiques et comprenant le traitement biopsychosocial, lorsque requis | CSSS de Laval ( ) | | Plan d'action en santé mentale *La force des liens*<br>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 » ( )<br>*Protocole de collaboration CLSC-CJ Entente CJ-CRDI* |
| Augmenter significativement les services de soutien direct aux parents ( ) ( ) | CSSS de Laval | CRDI<br>HJR<br>CJ | *Programmes* services « Jeunes en difficulté », « DI, PP, TED »<br>Cahier des charges 2005<br>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<br>Agence<br>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<br>Hôpital du Sacré-Cœur | Milieu scolaire | Entente CJ-CRDI<br>*Plan d'action en santé mentale la force* des liens<br>Réseau local de services-Projet clinique |

# 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-enfance-jeunesse 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 Lava*l, 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$^{RE}$ 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**
Dr 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

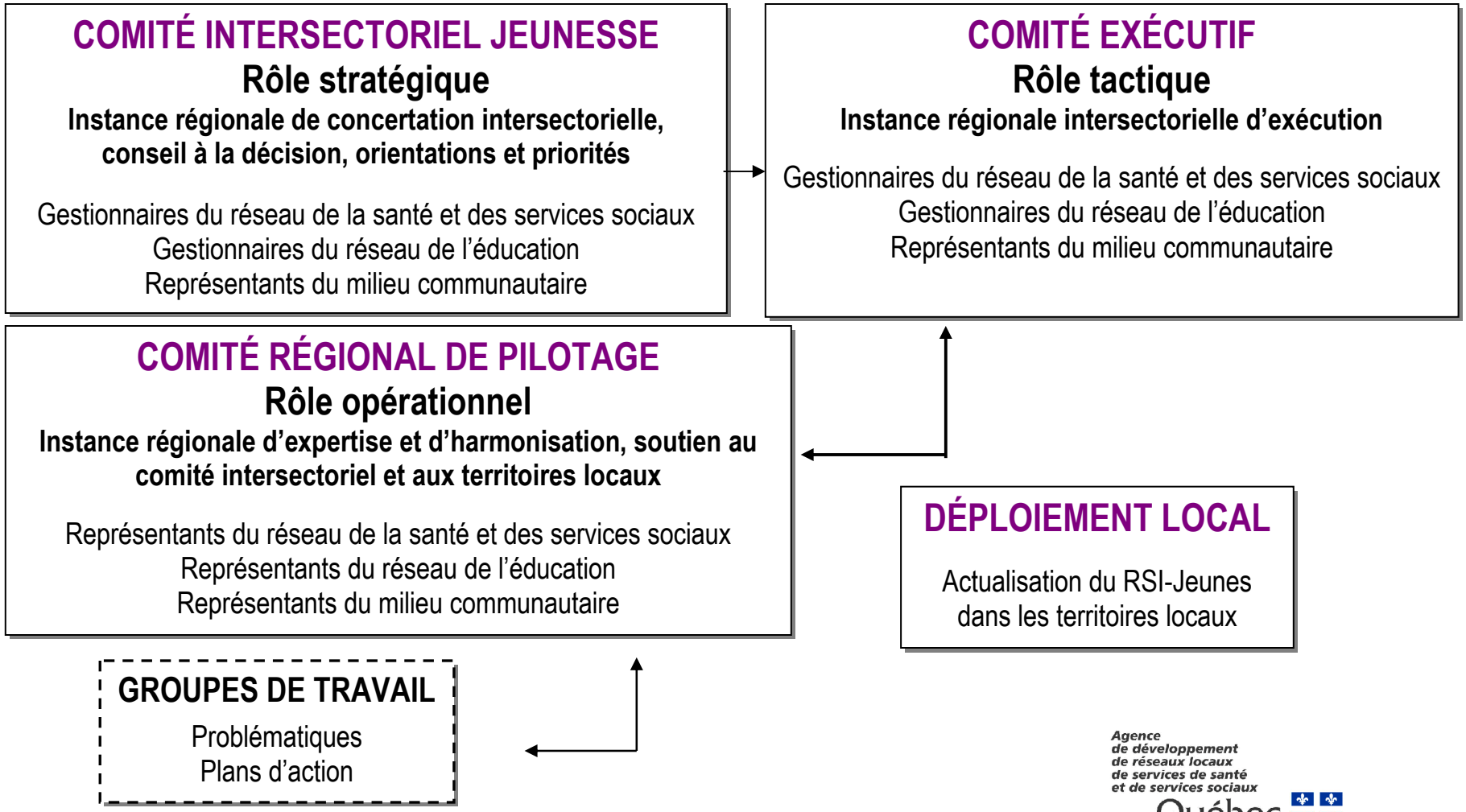
## 2. Après avril 2004 – Création de la structure transitoire

- **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
Dr Marie Joyal
Christiane Lachambre
Micheline Langelier
Yvette Montminy
Carole Pagé
Marie-Christine Pallascio
Dr Anne-Marie Provencher

**Collaborations particulières**
**Personnel de l'Agence de santé et de services sociaux de Laval**
Dr Lyne Arcand
Sylvie Desmarais
Dr Ève Duval
Françoise Gilbert
François Godin
Richard Grignon
Dr Claude Laberge
Dr Diane Lambert
France McKenzie
Francine Pollender
Joy Schinazi

# Structure d'implantation transitoire
# Réseau de services intégrés aux jeunes de Laval




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

## 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
- 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
- Effie Maniatis

- 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-Desjardins (Niveau secondaire)
- Lise Brousseau, directrice, École Saint-Gilles (Pavillons 1 et 2, Niveau primaire)
- Anna Ciccotosto, coordonnatrice des services complémentaires, Commission scolaire Sir-Wilfrid-Laurier
- 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)

- Joy Schinazi
- Carole Turcotte