

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

Québec
Montérégie



LE CONTINUUM D'INTERVENTION

« JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE »

Direction de la gestion de l'information et des connaissances
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de la Montérégie

Juin 2005

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
DESCRIPTION DU CONTINUUM « JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE »	5
<i>Typologie des services</i>	7
DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION	8
<i>Carte stratégique</i>	9
ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT DES PISTES D'ACTION	25
<i>Tableau synthèse</i>	27
CONCLUSION	28
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	29
LISTE DES COLLABORATEURS	34

INTRODUCTION

Le Québec, comme tous les pays développés, est de plus en plus confronté à une évolution technologique rapide ainsi qu'aux problématiques sociales et sanitaires que le vieillissement de la population entraîne. Dans les régimes financés publiquement comme le nôtre, la pression sur le budget des gouvernements atteint des niveaux élevés qui viennent compromettre la capacité de l'État à assumer l'ensemble de ses missions.

D'autres tendances de fond justifient également la recherche de modes d'intervention nouveaux permettant d'assurer le renouvellement du système. Des changements s'imposent, entre autres parce que nous avons évolué simultanément sur plusieurs dimensions :

- les besoins de santé aigus auxquels on a pu répondre par des services médicaux ponctuels cèdent la place à des besoins de santé associés à des conditions chroniques ou persistantes et qui sont en croissance;
- les interventions simples réalisées surtout par des médecins et des infirmières auprès de patients dans le cadre d'une visite en cabinet ou à l'hôpital, cèdent la place à des interventions plus élaborées, plus efficaces, plus coûteuses, faisant appel à des équipes multidisciplinaires opérant dans divers types d'organisations;
- les connaissances de base acquises par la formation initiale et par l'expérience cèdent la place à un univers de connaissances spécialisées et multidisciplinaires qui se renouvellent à un rythme insoutenable pour un individu isolé;
- le système de soins relativement rudimentaire et peu coûteux, essentiellement centré sur le médecin et l'hôpital, cède aujourd'hui la place à un système de santé de grande envergure qui compte pour 10 % du produit intérieur brut et pour plus de 40 % du budget de l'État.

C'est dans ce contexte en mouvance que la Loi 25, sanctionnée en décembre 2003, a lancé un projet tout aussi ambitieux que prometteur s'attaquant aux problèmes d'accessibilité, de continuité et de qualité des services de santé et des services sociaux pour la population québécoise.

La nouvelle vision, mise de l'avant par cette loi, introduit les concepts novateurs de responsabilité de population et de hiérarchisation des services. Selon cette vision, les réseaux locaux de services (RLS) devront garantir l'accès à une large gamme de services à une population définie dont ils seront responsables. Ils auront aussi à travailler dans un contexte de hiérarchisation, ce qui signifie qu'ils n'auront pas à tout produire eux-mêmes, et qu'ils devront se doter d'ententes de services pour compléter leur offre de service. Chaque réseau local sera imputable de rendre accessible une gamme complète de services généraux et spécialisés au bénéfice de sa population.

Pour faciliter la prise de décision des gestionnaires et des cliniciens dans l'élaboration de leur projet clinique, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de

la Montérégie a mené une démarche visant à identifier les pistes d'action à fort potentiel d'impact sur la santé et le bien-être de la population.

Ainsi, entre juin 2004 et mai 2005, plusieurs professionnels de l'Agence, issus de différentes directions, ont été mobilisés autour de 15 continnum d'intervention. Chaque équipe de travail associée à un continuum devait, dans un premier temps, définir les caractéristiques de ce continuum en termes de besoins de la population visée, d'interventions à déployer au niveau de la prévention, du traitement et du soutien et enfin, du réseautage actuel. Dans une seconde étape, les équipes de travail ont procédé à l'identification de zones d'inadéquation entre les besoins de la population montréalaise et les services offerts. Ces zones d'inadéquation ont été validées auprès d'un certain nombre d'experts et de partenaires du réseau, ce qui a permis de bonifier le matériel proposé. La troisième phase du travail a consisté à traduire les zones d'inadéquation en pistes d'action devant permettre de corriger la situation. Deux outils d'aide à la décision ont ensuite été élaborés dans l'optique de favoriser une prise de décision fondée sur des données probantes, soit : 1) la carte stratégique, et 2) le tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact.

Le présent document présente les résultats de cette démarche pour le continuum « Jeunes en difficulté et leur famille ».

DESCRIPTION DU CONTINUUM « JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE »

Ce continuum d'intervention s'adresse aux jeunes et leur famille qui présentent des caractéristiques de vulnérabilité augmentant leur risque de rencontrer des difficultés de différentes natures, telles des problèmes de développement ou de comportement ou encore, des difficultés d'adaptation sociale (délinquance, violence, suicide, etc.). Il s'adresse également aux jeunes ayant besoin d'une aide appropriée pour assurer leur sécurité et leur développement (abus, négligence, etc.) ou pour éviter que ceux-ci ne soient compromis. Ce programme comprend aussi des services destinés aux familles des jeunes concernés ainsi que des services spécialisés comme l'adoption, le placement et la réadaptation sociale¹.

Quatre lois encadrent l'intervention auprès des jeunes. D'abord, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) détermine les dispensateurs de services et les missions dans le secteur de la santé et des services sociaux. Ensuite, la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) s'applique à tout enfant de moins de 18 ans dont la sécurité ou le développement est ou peut être compromis. Elle consiste à apporter une réponse minimale à leurs besoins fondamentaux. La Loi concernant le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) est une loi fédérale découlant du code criminel, qui s'applique à tout jeune d'au moins 12 ans n'ayant pas atteint l'âge de 18 ans et qui est, soit accusé ou reconnu coupable d'une infraction. Enfin, le Code civil du Québec régit l'autorité parentale, la filiation, les droits, les devoirs, les responsabilités des parents, la tutelle ainsi que l'adoption.

Les données de l'ÉIQ² (Tourigny et autres, 2002) ont démontré qu'entre 61 et 83 % des enfants et des parents dont la situation n'a pas été prise en charge sous la LPJ, ont des besoins de services. En 2003-2004, pour la Montérégie seulement, 4 995 signalements n'ont pas été retenus par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) et 2 213 autres situations n'ont pas conclu à la sécurité ou développement compromis, totalisant 7 208 situations, dont une proportion importante devrait être orientée vers les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ce nombre élevé de signalements non retenus rappelle et précise l'importance de développer des services en 1^{ère} ligne et d'en faire connaître l'accès, tout en assurant un relais entre dispensateurs de services.

Sur le plan local, une multitude de partenaires sont interpellés en plus du CSSS: d'abord, les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, tels les organismes communautaires, les établissements régionaux et les médecins, puis les municipalités, les écoles, les services de garde, les organismes communautaires, les centres locaux de développement, les carrefours jeunesse emploi,

¹ Lorsque les services psychosociaux sont destinés aux jeunes en difficulté, ils sont considérés comme des services spécifiques et sont alors compris dans le continuum d'intervention « Jeunes en difficulté et leur famille ». Cependant, pour les jeunes comme pour les adultes, les services psychosociaux, pour une problématique ponctuelle, sont inclus dans le continuum « Interventions universelles ».

² TOURIGNY, Marc et autres (2002). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ)*, Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP), 2002.

les services de police et les substituts du procureur de la couronne. C'est dire toute l'importance que revêt la collaboration des partenaires intersectoriels en regard de cette problématique.

Plusieurs ententes provinciales et régionales existent déjà. Mentionnons, entre autres, l'entente cadre entre les CLSC et les centres jeunesse, celle entre les services de garde et les CLSC, l'entente MSSS-MEQ concernant les enfants scolarisés et les différents services à arrimer entre les deux réseaux ainsi que l'entente multisectorielle concernant les enfants victimes de maltraitance, d'abus sexuel ou de négligence grave, qui précise les rôles des ministères impliqués (justice, sécurité publique, santé et services sociaux, famille et éducation). Par ailleurs, des arrimages devront également se faire avec toutes les municipalités en ce qui a trait aux loisirs et aux activités à offrir aux jeunes.

Le tableau suivant illustre la typologie des services du continuum en fonction des dimensions PRÉVENIR – GUÉRIR – SOUTENIR.

Typologie des services

DIMENSIONS DU CONTINUUM		
PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interventions de prévention et promotion ▪ Interventions médicales : suivi périnatal et pédiatrique ▪ Cliniques jeunesse ▪ Dépistage ▪ Accompagnement familles vulnérables 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Services spécialisés ▪ Services de réadaptation externe et interne (LSSSS, LSJPA, LPJ) ▪ Équipes locales d'intervention jeunesse (EIJ) problèmes multiples/complexes ▪ Services de crise et suivi intensif (CAFE) ▪ Traitement individualisé (hébergement jeunes : santé mentale) ▪ Services d'intégration sociale ▪ Services d'intervention pour les enfants victimes de maltraitance et d'abus ▪ Intervention psychosociale (individuelle/de groupe) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluation des demandes (CSSS) (Équipes intégrées famille (ÉIF)) ▪ Évaluation et orientation des signalements (LPJ) ▪ Évaluation dans le cadre de justice pénale (LSJPA) ▪ Évaluation des enfants victimes d'abus ▪ Expertises psychosociales ▪ Support aux habiletés parentales ▪ Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) ▪ Adoption ▪ Antécédents/retrouvailles ▪ Soutien aux enfants en attente de diagnostic et accompagnement des familles ▪ Services de droits d'accès et de visites supervisées (supervision des droits d'accès) ▪ Services de répit ▪ Hébergement non institutionnel et soutien aux RTF et RI ▪ Services d'aide et de soutien à l'intégration sociale/ passage à l'âge adulte ▪ Soutien psychosocial (ex. : accompagnement)

DESCRIPTION DES PISTES D'ACTION

Après avoir délimité les contours et les caractéristiques du continuum, le groupe de travail a procédé à l'appréciation de l'adéquation des besoins et de l'offre de service, appréciation validée par des experts du réseau le 25 novembre 2004 lors d'une journée de travail à l'Agence. C'est sur cette base solide que le groupe de travail a ensuite dégagé les zones d'amélioration potentielles, qui ont par la suite été traduites en pistes d'action.

La carte stratégique qui suit illustre les pistes d'action du continuum « Jeunes en difficulté et leur famille » selon deux axes d'analyse : 1) les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services, tels qu'énoncés par le MSSS dans son cadre de référence sur le projet clinique³, et 2) les trois dimensions des continuums, soit PRÉVENIR – GUÉRIR –SOUTENIR.

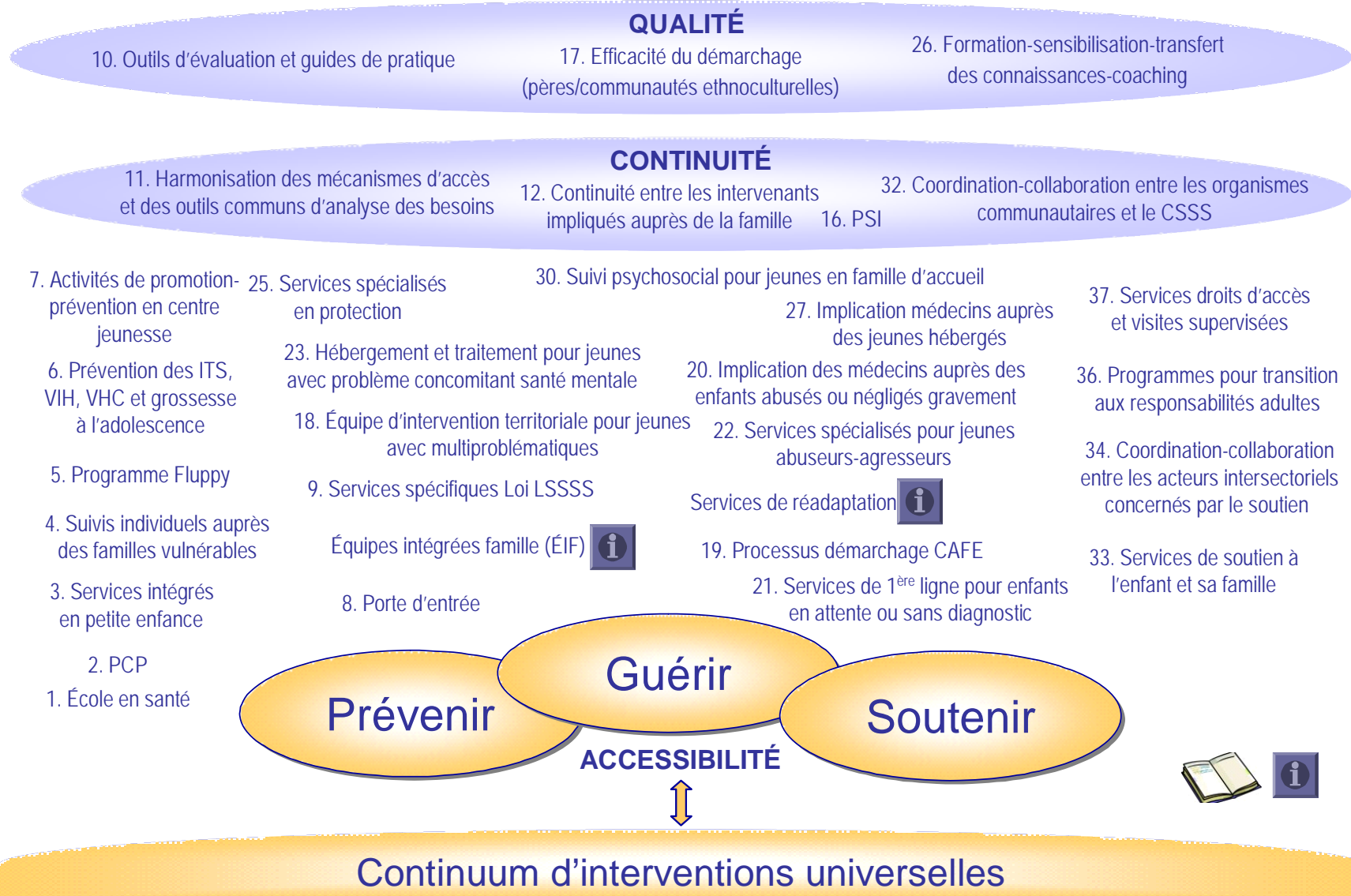
La description de chacune des pistes d'action est ensuite présentée en fonction des trois grands niveaux d'intervention. Pour éviter les répétitions, les pistes qui relèvent de plusieurs niveaux d'intervention ont été classées dans le niveau auquel elles étaient le plus fortement associées. Les pistes qui concernent le continuum, dans son ensemble, ont été mises arbitrairement dans la section GUÉRIR. Certaines pistes ont été regroupées, soit parce qu'elles sont interreliées ou parce qu'elles s'adressent à un même sous-groupe de la clientèle.

Enfin, il importe de préciser que, dans la formulation des pistes d'action, le terme « accessibilité » fait référence à des services déjà offerts mais dont l'accès pose certains problèmes, alors que le terme « disponibilité » a été employé pour les services ou activités à mettre en place.

³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Document principal, Direction des communications, MSSS, Octobre 2004, 75 p.

CONTINUUM D'INTERVENTION « JEUNES EN DIFFICULTÉ ET LEUR FAMILLE »

Carte stratégique





Équipes intégrées famille (ÉIF)

13. Disponibilité d'équipes intégrées famille (ÉIF)
14. Adéquation des services de l'ÉIF avec les recommandations scientifiques
15. Services adaptés aux jeunes particulièrement vulnérables



Services de réadaptation

24. Services de réadaptation externe LSSS
28. Service de réadaptation externe sous la LPJ-LSJPA
29. Services de réadaptation interne



À approfondir : Jeunes en difficulté et leur famille

31. Services spécifiques aux parents adoptants et leur enfant en difficulté
35. Services de répit pour les familles d'enfant de 0-5 ans
38. Services d'hébergement communautaire
39. Accès aux familles d'accueil, ressources intermédiaires et appartements supervisés pour les plus de 18 ans
40. Soutien aux parents dont les enfants sont adoptés dans le cadre de LPJ

A) PRÉVENIR⁴

Les pistes d'action au niveau de la prévention directement en lien avec le présent continuum sont :

1. La disponibilité du processus École en santé dans les écoles de la Montérégie (dans le cadre de l'entente MSSS-MÉQ)⁵

La prolifération de programmes fragmentés qui interviennent sur un seul aspect du problème s'est révélée infructueuse. Un effort important et coordonné doit prendre la relève. L'implantation de l'approche École en santé permettra de prévenir différentes problématiques auprès des jeunes en général, mais aussi des jeunes à risque qui fréquentent l'école. Cette approche est en processus d'implantation dans quelques-unes des écoles et fait partie des ententes de complémentarité des services éducatifs entre les commissions scolaires et les CSSS.

2. L'amélioration de l'application des pratiques cliniques préventives (PCP) dont l'efficacité est reconnue.

Les pratiques cliniques préventives (PCP) qui concernent plus particulièrement ce continuum et qui gagneraient à être systématisées, notamment grâce à des activités de formation, sont les suivantes :

- la proposition aux familles défavorisées de bénéficier d'un programme de visites à domicile durant la période périnatale et durant la petite enfance;
- l'orientation des enfants défavorisés vers des garderies ou centres de la petite enfance (CPE);
- les PCP en lien avec le suicide;
- l'identification auprès des femmes enceintes et des jeunes mères, des signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs;
- le counselling concernant l'abandon du tabac auprès des femmes enceintes;
- le counselling sur la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes.

⁴ La plupart des actions du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 et des Plans d'action locaux ciblent l'ensemble de la population et agissent sur un ensemble de problèmes de santé et de bien-être. Pour cette raison, elles se retrouvent dans le continuum « Interventions universelles ». Nous vous référons à ce continuum afin de compléter l'information que vous retrouvez dans le présent continuum.

⁵ Cette piste d'action se retrouve à l'intérieur des continuums « Santé mentale — jeunes », « Dépendances » ainsi que dans le continuum « Interventions universelles ».

3. L'accessibilité à l'ensemble des services intégrés pour 100% des familles ciblées, notamment pour les 2-4 ans⁶.
4. L'intensification des suivis individuels dans les services intégrés auprès des familles vulnérables, pour la durée du programme⁷.

La pauvreté a des répercussions importantes sur le développement des enfants et sur les conditions dans lesquelles s'exercent les rôles parentaux. Les enfants de milieux pauvres sont plus susceptibles que les enfants de milieux mieux nantis d'éprouver des difficultés à la naissance, de mourir au cours de leur première année de vie, d'être malades plus souvent, d'avoir des problèmes émotionnels ou des problèmes comportementaux, ou d'accuser un retard intellectuel durant la période scolaire. Le jeune âge des parents est un autre facteur qui fait augmenter le risque pour l'enfant d'éprouver des problèmes de comportements et des retards de développement.

Les services intégrés de promotion et de prévention auprès des enfants de 0 à 5 ans et leur famille vivant en contexte de vulnérabilité (ex. : Naître égaux et grandir en santé (NÉGS), Programme soutien aux jeunes parents (PSJP) et soutien éducatif 2-4 ans) permettent, selon l'évaluation des programmes desquels ils sont inspirés, une diminution des signalements d'abus et de négligence chez les enfants, une augmentation du retour aux études ou sur le marché du travail chez les mères, une diminution du taux de grossesses subséquentes chez les jeunes mères, une diminution des problèmes de fugues, d'arrestations et de condamnations, une diminution des traumatismes non intentionnels, de la consommation d'alcool ou de cigarettes fumées ainsi que du nombre de partenaires sexuels, une diminution de la référence en adaptation scolaire, une augmentation de la réussite scolaire chez les jeunes et une diminution de la criminalité et de la gravité des délits à l'âge adulte.

Les programmes NÉGS, PSJP et soutien éducatif 2-4 ans, ainsi que le Programme régional de stimulation précoce 0-2 ans sont implantés dans tous les territoires à des degrés variables. Par exemple, les ressources affectées au Programme soutien éducatif 2-4 ans permettent de rejoindre que 31 % des enfants ciblés. Le défi reste, au niveau du suivi individualisé, d'assurer l'intensité recommandée, d'atteindre les résultats au niveau de la clientèle rejointe et d'assurer les services pour toute la durée du programme.

Afin de maintenir le caractère préventif de ce programme, il est important d'augmenter l'accessibilité de cette clientèle aux autres services (évaluation/diagnostic, traitement/intervention psychosociale, etc.), notamment dans les situations suivantes: consommation problématique de la mère ou du père, problème de santé mentale de la mère et du père, problème de comportement de l'enfant, retard de développement de l'enfant, difficulté importante au niveau des compétences parentales et violence familiale. Il faut de plus pouvoir rejoindre les pères et adapter l'intervention pour les familles immigrantes.

⁶ Cette piste d'action se retrouve aussi dans le continuum d'intervention « Santé mentale — jeunes ».

⁷ Cette piste d'action se retrouve également dans les continums d'intervention « Santé mentale — jeunes » ainsi que « Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement ».

5. L'accessibilité au programme Fluppy dans les milieux scolaires défavorisés⁸.

Le programme Fluppy a démontré les effets positifs suivants : diminution des comportements agressifs au primaire et des problèmes d'adaptation psychosociale à l'adolescence, diminution de 60 % du risque d'avoir un diagnostic de troubles des conduites chez les adolescents, diminution des comportements délinquants et de la consommation de drogues ainsi qu'une plus grande probabilité à poursuivre leur cheminement scolaire dans une classe régulière. Ce programme devrait être implanté en priorité dans toutes les écoles ayant un indice de milieu socioéconomique défavorisé. Actuellement, peu de ces écoles ont accès au programme. D'autre part, le volet « parents » du programme Fluppy reste peu déployé. Or, on ne peut garantir l'atteinte du potentiel d'efficacité de ce programme si tous les volets ne sont pas offerts.

6. L'application des activités de promotion-prévention des ITS, VIH-sida, VHC et grossesse à l'adolescence, incluant l'accès aux cliniques jeunesse.

Ces interventions ciblent l'ensemble des jeunes, mais une proportion plus importante de jeunes en difficulté présente ces problèmes. C'est pourquoi, certaines interventions en centre jeunesse et dans les classes de cheminement particulier des écoles secondaires ont été implantées. Notons, d'autre part, que pour ces problèmes, l'accès aux cliniques jeunesse sans rendez-vous, associé à la présence d'un programme d'éducation à la sexualité dans le milieu, est une mesure appropriée.

7. L'application des activités de promotion-prévention des problèmes de santé mentale et du suicide auprès des jeunes des centres jeunesse.

Bien que ces interventions soient universelles et ciblent l'ensemble des jeunes, une proportion plus importante de jeunes en difficulté présente ces problèmes. À cet effet, certaines mesures sont en voie de réalisation dans les centres jeunesse.

⁸ Cette piste d'action se retrouve également dans les continums d'intervention « Santé mentale — jeunes » et « Dépendances ».

B) GUÉRIR⁹

Ce niveau d'intervention comprend les services reliés à l'accueil des clientèles, au dépistage, à l'évaluation et à l'établissement du diagnostic, ainsi qu'au traitement ou à l'intervention psychosociale. Les pistes d'action plus spécifiquement reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

8. L'utilisation appropriée de la porte d'entrée aux services spécifiques dans le CSSS, par la population et les intervenants (pour éviter le recours à la DPJ comme porte d'entrée aux services).
9. L'accessibilité aux services spécifiques sous la Loi LSSSS (horaire, géographique, etc.) dans chaque CSSS.
10. La disponibilité d'outils d'évaluation et de guides de pratique en 1^{ère} ligne lors de la demande de service et de l'évaluation.
11. L'harmonisation des mécanismes d'accès et des outils d'analyse des besoins intra-CSSS, entre les CSSS et les niveaux d'intervention.
12. La continuité entre les différents intervenants impliqués auprès de l'enfant et la famille, intra-CSSS et intercontinuum et interniveaux d'interventions (ex. : accompagnement des signalements non retenus vers la 1^{ère} ligne, de la 1^{ère} ligne vers le signalement, CAFE, services intégrés).

Pour les demandes de service jeunesse, il a été convenu provincialement¹⁰ et régionalement¹¹ que la porte d'entrée aux demandes de service est le CLSC. L'accès doit être rapide et facile. Or, on dénombre en 2004 une multitude de mécanismes d'accès allant jusqu'à six dans certains territoires. Il faudrait donc harmoniser ces mécanismes et les faire connaître à la population. Par ailleurs, il faut s'assurer que, peu importe où la demande arrive, l'accès n'ait pas à se traduire par de multiples tentatives ou démarches. L'attente, ou les délais d'accès aux services, risquent d'aggraver les situations et les difficultés.

Un des grands défis soulevés par ce continuum est d'assurer et d'harmoniser l'accès à des services de qualité, sans attente ni interruption, aux jeunes et à leur famille. À cet effet, il est important d'offrir un accompagnement de la 1^{ère} à la 2^e ligne et inversement, de la 2^e ligne vers la 1^{ère} ligne, en assurant des services aux enfants non pris en charge par la LPJ. Il faut s'assurer d'un relais direct et personnalisé entre les dispensateurs de services.

⁹ Le terme « Traiter » plutôt que « Guérir » serait plus approprié pour ce continuum. Par souci d'uniformité, nous gardons toutefois l'expression « Guérir » qu'il faut comprendre dans son sens le plus large.

¹⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, Québec, Direction générale des services à la population, MSSS, Juin 2002, 48 p.

¹¹ RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Pour une garantie des services : Plan stratégique 2003-2006*, RRSSS Montérégie, 2003, 120 p.

Pour faciliter les arrimages entre les partenaires, l'utilisation d'une grille commune d'analyse sommaire des besoins, combinée à un processus de référence et de suivi ainsi qu'à une bonne connaissance des ressources du territoire et des responsabilités et rôles de chacune d'entre elles, facilitera l'orientation des enfants et de leurs parents.

13. La disponibilité d'une équipe intégrée famille (ÉIF) dans chaque CSSS, avec gestion de cas et services intensifs et multimodaux.
14. L'adéquation des services de l'ÉIF avec les recommandations scientifiques, soit gestion de cas, services intensifs, approche multimodale, interdisciplinarité.

Les jeunes qui ont des problèmes de comportement extériorisés (échec scolaire, abandon prématuré des études, hyperactivité, impulsivité, violence, comportements antisociaux, comportements sexuels non appropriés, délinquance, consommation abusive ou précoce de psychotropes, violence dans les relations amoureuses, grossesses précoces, fugues, itinérances) ou intériorisés (anxiété, dépression, suicide, retrait, problèmes d'attachement à la petite enfance, transitions familiales, abus et négligence, abus sexuels, troubles de l'alimentation, plaintes somatiques, automutilation, etc.) ont besoin d'aide. L'école intervient auprès des parents, mais lorsque ces derniers sont dépassés par la situation, le jeune est très souvent renvoyé à la maison et un début de décrochage s'amorce. Le CSSS devrait donc offrir des services dans le cadre de l'entente de complémentarité MSSS-MEQ et ce, au-delà d'une intervention ponctuelle. Un travail intensif avec le jeune, l'école, le milieu et le support aux parents au niveau de certaines habiletés parentales pourrait sûrement prévenir le décrochage et les conséquences associées.

Afin de contrer le manque de ressources, le manque d'accès, de continuité et d'intensité des services et pour assurer un arrimage serré avec le continuum « Interventions universelles » et les autres continuums touchant les jeunes, une équipe intégrée famille utilisant un ensemble de programmes, de processus et d'approches interdisciplinaires et intersectorielles devrait être constituée dans chaque CSSS. Cette équipe doit pouvoir agir sur les différents niveaux d'intervention de la prévention au soutien. Selon le profil populationnel de chaque territoire, des sous-équipes par groupe d'âge (0-5 ans, 6-11 ans, 12-17 ans et 18-24 ans) pourraient être constituées afin d'assurer une efficacité d'interventions adaptées aux besoins spécifiques de chacun d'eux.

La gestion de cas, par un intervenant-pivot, est un moyen pour améliorer la coordination, la complémentarité et la continuité des services. Le gestionnaire de cas est un intervenant privilégié auprès du jeune en difficulté et sa famille qui établit le lien avec l'ensemble des interventions appropriées et disponibles, voit à l'élaboration du plan d'intervention et coordonne le processus de plan de services individualisé. Dans certains cas, il peut sensibiliser l'équipe aux besoins des parents de façon à ce que ceux-ci soient référés aux services généraux si nécessaire.

15. La disponibilité des services adaptés de l'équipe intégrée famille (ÉIF) aux jeunes particulièrement vulnérables, soit les jeunes victimes ou acteurs de violence ou d'abus physique et sexuel, incluant ceux dont le signalement n'a pas été retenu.

Pour les enfants victimes de maltraitance, des services sont offerts aux enfants exposés ou victimes de violence familiale hébergés en maison d'hébergement pour femmes victimes de violence. Des services devraient également être offerts par la 1^{ère} ligne des CSSS.

En ce qui concerne les cas d'abus ou d'agression sexuelle, la couverture des services est inégale, variant selon l'âge ou le sexe de la personne et du territoire de desserte.

16. L'utilisation systématique du PSI dans les dossiers jeunesse impliquant plus d'un établissement.

Quand plus d'un établissement est impliqué et qu'une intervention à durée prolongée est requise et/ou que la situation est complexe, le plan de services individualisé (PSI) doit être envisagé. Or, les PSI sont peu présents dans les dossiers jeunesse malgré l'obligation légale précisée par la LSSSS. Pourtant, l'impact pour le jeune et sa famille peut être énorme puisqu'ils pourraient ainsi recevoir des services mieux coordonnés, plus intégrés et possiblement de meilleure qualité.

17. L'efficacité du processus de démarchage ainsi que de l'adaptation des guides de pratique destinés aux communautés ethnoculturelles et aux pères.

L'absence du père est une problématique préoccupante¹². Il serait souhaitable d'amener un changement de perception des pères face à leur rôle, de façon à les inciter à s'engager davantage dans l'intervention¹³.

Dans le cas des communautés ethnoculturelles, le défi touche plus particulièrement les familles récemment immigrées et concerne les aspects reliés à leur intégration ainsi que les conflits de valeur

¹² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le jeune enfant et ses parents... Une croissance et des compétences à valoriser et à soutenir. Guide de soutien à l'intention des régies régionales pour l'implantation des mesures du Plan d'action jeunesse en matière de promotion du développement du jeune enfant et de ses parents ainsi que de prévention des problèmes d'adaptation sociale*, MSSS, 1995.

¹³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence*, MSSS, 2004.

et de mœurs qui peuvent exister entre les cultures d'origine et d'adoption¹⁴. De plus, il faut tenir compte des spécificités linguistiques et adapter les programmes en conséquence¹⁵.

18. La disponibilité d'une équipe d'intervention territoriale pour les jeunes présentant des problématiques multiples et complexes et impliquant plusieurs intervenants et établissements.

Étant donné les problématiques multiples et complexes chez plusieurs jeunes, il devient de plus en plus évident que tout intervenant peut être appelé à agir en partenariat avec des intervenants de d'autres établissements ou organismes. L'avis du Comité de coordination des chantiers jeunesse recommande de mettre en place des équipes d'intervention jeunesse territoriales formées d'intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et des réseaux partenaires. Cette équipe deviendrait la plaque tournante de la coordination territoriale et permettrait une responsabilisation des intervenants et des gestionnaires face au client en fonction d'un territoire donné et non d'un établissement. Cette mesure, qui rejoint l'approche populationnelle, semble des plus prometteuses.

19. L'efficacité du processus de démarchage du programme Crise Ado Famille Enfance (CAFE).

Le programme régional CAFE vise à offrir des services d'intervention de crise et de suivi intensif pour des jeunes de 5 à 17 ans et leur famille. L'intervention immédiate permet de désamorcer la crise mais aussi, de mobiliser la famille autour d'une intervention intensive les jours et semaines suivant l'événement. Les jeunes et leur famille qui bénéficient de ce service peuvent également nécessiter un suivi psychosocial à plus long terme. L'arrimage entre CAFE et les services psychosociaux spécifiques en CSSS est indispensable.

La clientèle visée par le programme CAFE est davantage celle des troubles de comportement et celle des parents qui se signalent eux-mêmes. Les données préliminaires de l'évaluation du programme, sans pouvoir faire un lien de causalité, sont associées à une baisse de 33 % des signalements pour troubles de comportement faits par les parents eux-mêmes en Montérégie.

20. L'implication des médecins omnipraticiens et pédiatres en Montérégie auprès des enfants victimes d'abus et de négligence grave (recrutement, formation, etc.).

¹⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Agissons en complice : Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes*, MSSS, 1998.

¹⁵ *Maintenant et pour l'avenir ... La jeunesse : Guide de soutien à l'implantation du plan d'action jeunesse à l'intention de la région régionale et de ses partenaires*, Direction de l'adaptation sociale, MSSS, 1995.

Les évaluations des enfants victimes d'abus physique, sexuel ou de négligence grave doivent se faire par des omnipraticiens ou des pédiatres. Cependant, étant donné les difficultés importantes à recruter des médecins intéressés par ce type d'évaluation, les intervenants et les parents de la Montérégie recourent encore souvent aux services de la région de Montréal¹⁶.

21. La disponibilité de services de 1^{ère} ligne pour les enfants présentant un trouble ou un retard de développement en attente de ou sans diagnostic (stimulation précoce, compétences parentales, répit, etc.)¹⁷.

Le processus entourant le diagnostic chez un enfant peut être très complexe et s'échelonner sur de longues années avant que les spécialistes posent un diagnostic et que l'enfant soit orienté vers les ressources appropriées. Ces jeunes en attente de diagnostic et leurs parents ont des besoins multiples et complexes. Or, les services pour cette clientèle en attente sont peu développés en 1^{ère} ligne. Les équipes de gestion de cas ÉIF auraient besoin, pour développer l'accompagnement des familles, d'un plus grand nombre d'intervenants sociaux (travailleurs sociaux, psychoéducateurs, ergothérapeutes, orthophonistes) et d'auxiliaires familiales. Certains de ces services sont offerts par les maisons de la famille.

22. L'accessibilité aux services spécialisés pour les jeunes abuseurs–agresseurs.

La question des comportements sexuels problématiques chez les jeunes enfants constitue une préoccupation d'actualité. On reconnaît, en effet, de plus en plus l'importance du rôle des enfants et des adolescents dans la violence sexuelle perpétrée à l'endroit d'autres enfants. Bien que le nombre de jeunes concernés soit difficile à évaluer en ce moment, des formations et des ressources seront nécessaires pour intervenir auprès de cette clientèle, tant au niveau des CSSS que des établissements régionaux.

23. L'accessibilité aux services d'hébergement et de traitement individualisé pour les jeunes présentant un problème concomitant de santé mentale.

¹⁶ Des services d'évaluation initiale suite à un abus sexuel ou une agression sexuelle sont cependant offerts aux enfants dans la plupart des centres hospitaliers désignés en Montérégie.

¹⁷ À noter qu'une piste d'action similaire se retrouve dans le continuum d'intervention « Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement ».

Parmi les enfants accueillis en centre jeunesse, un nombre grandissant d'entre eux présente un portrait clinique qui inquiète et qui heurte les limites de l'expertise. La clientèle visée par la mise sur pied des unités de traitements individualisés présente une double problématique, à savoir des troubles sévères de la conduite et une problématique diagnostiquée en santé mentale. Ces jeunes vivent de grandes difficultés d'adaptation, tant au plan du développement de leur habilités cognitives, physiques, morales que sociales.

Depuis l'ouverture de la première unité dédiée à cette clientèle (en janvier 2004), neuf jeunes filles y ont été hébergées. L'ouverture d'une unité pour les garçons 12-17 ans complètera la première phase du programme. La seconde phase prévoit l'ouverture d'une ressource résidentielle mixte de huit places pour les 6-12 ans et une ressource intermédiaire de huit places pour les garçons de 12-17 ans.

24. La disponibilité de services spécifiques de réadaptation externe dans le cadre de la LSSSS.

Dans les situations nécessitant des services de réadaptation dans le cadre de la LSSSS, on observe que les services de réadaptation externe sont peu développés. Pour la plupart des CLSC, ce service est offert en partie par le volet CSRE des centres jeunesse. Puisque les centres jeunesse n'assumeront plus ce service lorsqu'il relève de la LSSSS, les CLSC devront donc développer cette expertise.

25. L'accessibilité aux services spécialisés en protection de la jeunesse.

La charge actuelle de dossiers par intervenant dans le cadre de l'application des mesures en LPJ ne favorise pas une intervention intensive. En effet, alors que la charge optimale visée est de 16 dossiers, on observe au sein des centres jeunesse de la Montérégie (CJM), au 31 mars 2004, une charge moyenne de 21,5 dossiers par intervenant.

26. La systématisation d'activités continues de formation/sensibilisation/transfert des connaissances/ coaching à l'intention des intervenants et gestionnaires afin d'améliorer la qualité des pratiques.

L'acquisition des compétences requises par les intervenants pour réaliser les objectifs des différents services (tels les services intégrés 0-5 ans) nécessite un développement accru. Plusieurs projets (formation, guides, outils, amélioration des pratiques) sont en cours de réalisation. Le besoin de supervision clinique reste important.

27. L'implication des médecins omnipraticiens et psychiatres en Montérégie auprès des jeunes en hébergement (RTF, RI, CR), notamment à l'aide des activités médicales particulières (AMP).

Jusqu'à récemment, les jeunes ayant besoin de services ou d'hébergement sous la LSSSS, étaient essentiellement pris en charge par les centres jeunesse. Dorénavant, les CSSS demeureront responsables du jeune durant son hébergement. Le recrutement de médecins pour prendre soin de cette clientèle est très laborieux. La reconnaissance d'AMP a été accordée pour la clientèle hébergée. Il faudrait envisager de l'étendre à la clientèle non hébergée.

28. L'accessibilité à des centres de services de réadaptation externe sous LPJ et LSJPA.

La mission des centres de service en réadaptation externe (CSRE) est de fournir un cadre d'intervention structurant et supportant aux jeunes présentant des troubles graves de la conduite, ainsi qu'à leur milieu de vie naturel ou substitut dans le but de maintenir le jeune dans sa famille. La clientèle visée par les CSRE est la suivante: un jeune de 10 à 18 ans pour qui une évaluation clinique rigoureuse conclut à des troubles de la conduite nuisant à sa capacité de fonctionner normalement dans une ou plusieurs des sphères de sa vie. Il est possible d'offrir au jeune, un encadrement suffisant dans le milieu naturel ou substitut avec le support de l'intervention conjointe des services psychosociaux et de réadaptation externe. Le plan de développement des CJM prévoit huit CSRE répartis à travers la région. Il reste le huitième à ouvrir au sein du CSSS Richelieu-Yamaska (territoire CLSC Vallée des Patriotes).

Ce lieu de traitement, à proximité du milieu naturel, est souvent un passage de la réadaptation en internat au milieu naturel. L'inverse peut occasionnellement être vrai. Cette ressource est une création importante et originale en Montérégie et dessert plus de 350 jeunes annuellement. On peut voir la trajectoire possible suivante pour les jeunes ayant des troubles graves de la conduite et leur famille : soutien, services psychosociaux, CAFE, CSRE, CJM; ou l'inverse : CJM, CSRE, CAFE, services psychosociaux et soutien.

29. L'accessibilité aux services de réadaptation interne, incluant les services aux anglophones et aux autochtones.

Il n'existe qu'un seul foyer de groupe de huit places pour personnes anglophones sur le territoire de la Montérégie. Les autres anglophones, de même que les autochtones, sont hébergés en internat au Centre jeunesse Batshaw-Montréal et dix places sont réservées à la Montérégie au Centre jeunesse Laval.

30. La disponibilité d'un suivi psychosocial pour les jeunes en famille d'accueil sous la LSSSS, par les CSSS.

Les CSSS (mission 1^{ère} ligne) devront dorénavant, selon la LSSSS, assurer le suivi psychosocial des jeunes placés en famille d'accueil. Les ressources devront être formées et développées en conséquence.

31. La disponibilité de services spécifiques aux parents adoptants et à leur enfant en difficulté.

La révision de la Loi de la protection de la jeunesse apportera des changements en vue de stabiliser la situation des jeunes enfants, dont le développement est compromis. Dans les cas d'adoption, les nouveaux parents adoptants et leur enfant auront besoin de services adaptés à leur situation.

32. La continuité, coordination et collaboration entre les organismes communautaires travaillant avec les jeunes en difficulté et les CSSS (mécanismes de concertation, ententes de collaboration, etc.)

L'intervention de 1^{ère} ligne auprès des jeunes ayant commis un délit mineur est assurée par les organismes de justice alternative. Selon la nature du délit et les antécédents du jeune contrevenant, les policiers peuvent référer directement à ces organismes. Aucune interface ne relie actuellement les organismes de justice alternative avec les établissements ayant la mission CLSC. Ceci représente un exemple de liens à créer entre les organismes communautaires et les CSSS.

C) SOUTENIR

Les pistes d'action reliées à ce niveau d'intervention sont les suivantes :

33. L'élargissement de l'éventail et la consolidation des services de soutien à l'enfant et sa famille, de la prévention jusqu'à la réadaptation (répit, transport, sécurité alimentaire, logement social, intégration socioprofessionnelle, etc.).
34. La continuité, coordination et collaboration entre les acteurs intersectoriels concernés par le soutien aux enfants et leur famille (mécanismes de concertation, ententes de collaboration, etc.).
35. L'accessibilité aux services de répit pour les familles d'enfants de 0-5 ans en fonction des besoins des familles vulnérables

Les besoins de soutien les plus préoccupants en lien avec la clientèle enfance et jeunesse en difficulté sont :

- Le transport représente souvent pour les familles vulnérables, un véritable obstacle à l'accessibilité aux services offerts. Par exemple, dans le cadre du programme soutien éducatif 2-4 ans, le transport pose problème au niveau de la réalisation du volet intégration au CPE (2,5 jours pour chaque enfant). Or, ce volet est essentiel à l'atteinte des objectifs du programme. Certaines maisons de la famille offrent des services de transport pour les familles, mais ces besoins sont loin d'être comblés.
- La sécurité alimentaire est une préoccupation rapportée par plusieurs tables intersectorielles en petite enfance. La gestion de l'aide alimentaire gagnerait à être réorganisée, l'offre de service aux cuisines collectives pourrait être augmentée et leur accessibilité améliorée.
- L'accès au logement social est une autre préoccupation rapportée par la majorité des tables intersectorielles en petite enfance.
- L'intégration socioprofessionnelle des parents est un moyen d'agir sur les facteurs de vulnérabilité, tels que la pauvreté, la sous-scolarisation et l'inactivité économique. Des collaborations intersectorielles sont en cours et devront s'intensifier pour rejoindre tous les parents présentant ce besoin.
- Les services de répit pour les familles d'enfants de 0-5 ans seront bientôt évalués. Cette évaluation devrait distinguer les besoins (ex. : services de gardiennage pour favoriser l'accessibilité aux activités pour les parents, prévention de l'épuisement, prévention des abus, etc.) et les moyens requis en fonction de ces besoins.

- Les services de répit dépannage 6-14 ans (sous forme de fins de semaine ou de camps d'été) offrent une pause à la famille qui vit des difficultés. Durant cette période, les familles sont suivies par un intervenant pendant que les jeunes vivent une expérience positive leur permettant de développer des habiletés sociales affectives et leur estime de soi. Cette mesure, qui permet de prévenir des situations de crise ou des signalements à la DPJ, gagnerait à être consolidée.
- Un service de répit 14-17 ans (48 heures) en complémentarité avec le programme CAFE pour certaines interventions spécifiques avec les familles offre une avenue intéressante afin d'éviter l'éclatement de la famille et le placement. La possibilité d'hébergement court terme en situation de crise chez les 15-17 ans (48 heures) est à explorer.

36. La disponibilité de services et programmes pour la transition aux responsabilités d'adultes pour les jeunes en difficulté de 16-21 ans.

Le passage à la vie adulte avec ses responsabilités, ses enjeux, ses questionnements peut s'avérer très déroutant pour un jeune ayant déjà vécu de nombreuses difficultés. Certains services et programmes (programme d'intégration sociale pour les 18 ans ayant été hébergés en centre jeunesse; activités d'apprentissage à la vie professionnelle et à la vie autonome, activités d'accompagnement, retour à l'école, marché de l'emploi) pourraient faciliter ce passage, notamment pour les jeunes de 16 à 21 ans plus vulnérables. Ces jeunes sont ceux qui se retrouvent sans ressource et avec peu d'encadrement suite à une exclusion du milieu scolaire, ceux travaillant au salaire minimum et qui dépendent d'arrangement à plusieurs pour pouvoir se loger et plus particulièrement, ceux ayant été pris en charge par la LPJ et LSJPA.

37. L'accessibilité aux services de droits d'accès et de visites supervisées.

Les services de droits d'accès permettent aux parents de faire l'échange de garde par personne interposée. Les visites supervisées, pour leur part, exigent la présence d'un intervenant avec le parent lorsque celui-ci se retrouve en présence de son enfant. Cinq organismes offrent ces services en Montérégie. Ces organismes ne réussissent pas à répondre aux besoins.

38. L'accessibilité aux services d'hébergement communautaire.

Les services d'hébergement communautaire offrent un service temporaire de 1 à 30 jours pour des jeunes après entente avec les parents et/ou la DPJ. Seulement trois organismes offrent ce service sur deux territoires de CSSS.

39. L'accessibilité aux familles d'accueil, ressources intermédiaires et appartements supervisés, et ce, au-delà de l'âge de 18 ans.

Dans certains cas, il serait souhaitable de pouvoir poursuivre l'hébergement en famille d'accueil, en ressource intermédiaire et en appartement supervisé au-delà de l'âge de 18 ans, afin de favoriser la continuité des liens d'attachement et de support.

40. L'amélioration du soutien aux parents dont les enfants sont adoptés dans le cadre LPJ (deuil, prévention).

L'intérêt pour les projets de vie permanents s'est développé, au cours des vingt dernières années, à la suite d'un certain nombre de constats concernant la situation de bon nombre d'enfants placés (enfants abandonnés de fait par leur parents, enfants « ping-pong » vivant des placements multiples) et suite au développement des connaissances sur le processus d'attachement et sur le développement du cerveau des jeunes enfants. Les parents biologiques dont les enfants seront adoptés, auront besoin de soutien, tant pour faciliter leur deuil que pour prévenir d'autres situations d'adoption.

ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT DES PISTES D'ACTION

Pour apprécier le potentiel d'impact populationnel de chacune des pistes d'action, les groupes de travail ont été rencontrés lors de séances au cours desquelles les membres devaient faire consensus sur les valeurs à attribuer à chacune des pistes d'action du continuum. Le tableau suivant présente les 18 éléments du questionnaire qui constituait la base de cet exercice.

LES QUATRE GRANDES VARIABLES DE L'ANALYSE DU POTENTIEL D'IMPACT

<i>Variables</i>	<i>Éléments</i>
1. <u>Les besoins</u> concernés par l'intervention proposée par la piste.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quelle est la prévalence de la condition visée? ■ Quelle est l'évolution prévisible de cette prévalence? ■ Quel est l'état de santé et de bien-être des personnes présentant la condition? ■ Quels sont les coûts sociaux associés à la condition?
2. <u>La puissance de l'intervention</u> proposée par la piste. La puissance de l'intervention cherche à identifier le potentiel d'une action à agir favorablement sur l'état de santé et de bien-être des personnes présentant la condition.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quel est l'effet théorique de l'action ou des correctifs proposés par la piste? ■ Quelle est la qualité de la preuve de cet effet? ■ L'action ou les correctifs proposés sont-ils éthiques¹⁸? ■ Quel est le degré de conformité de l'action ou des correctifs proposés avec les orientations existantes?
3. <u>L'état du déploiement actuel</u> de l'intervention proposée par la piste. Cette variable s'intéresse à la situation réelle de la mise en œuvre de l'intervention proposée.	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'intervention proposée est-elle disponible en Montérégie? ■ Dans quelle mesure rejoint-elle la clientèle? ■ Quel est le degré actuel de collaboration-coordination de l'ensemble des intervenants concernés par cette intervention? ■ Le cheminement du client en rapport avec cette intervention est-il fluide? ■ Quel niveau de qualité technique cette intervention atteint-elle actuellement? ■ Quel est le degré de pertinence¹⁹ de sa réalisation?
4. <u>La disponibilité des ressources</u> requises pour déployer l'intervention proposée par la piste. Cette variable cherche à traduire la disponibilité des moyens nécessaires pour produire l'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quel est le degré de disponibilité des ressources financières? ■ Des ressources humaines? ■ Du réseautage et des éléments structurants de coordination nécessaires à la réalisation de l'intervention? ■ Du savoir-faire/expertise²⁰ pour réaliser l'intervention?

¹⁸ La forme donnée à cet élément dans le questionnaire l'a rendu non discriminant. En conséquence, le conserver dans l'analyse ne modifie pas les résultats. Des mesures correctives sont toutefois en élaboration afin d'attribuer à cet élément une réelle capacité de mesure et de discrimination.

¹⁹ Dans le cadre du présent exercice, le terme « pertinence » revêt la signification suivante : réalisation de la bonne intervention, au bon moment et auprès de la bonne personne, de sorte que toute sur ou sous-utilisation de services s'en trouve évitée.

²⁰ Cet élément fait ici strictement référence à l'existence d'un savoir-faire disponible et non à la disponibilité des ressources humaines compétentes pour pratiquer l'intervention.

Le tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact de la page suivante résume la disposition des pistes d'action qui découle de leur analyse à l'aide des quatre grandes variables. Cette façon d'organiser les pistes d'action rend explicite leur positionnement relatif en matière d'impact potentiel auprès de la population. Les pistes d'action présentées en rouge sont des pistes pour lesquelles l'analyse a révélé, d'un point de vue régional, une difficulté au niveau de la disponibilité des ressources pour leur déploiement.

Toutes les pistes figurant au tableau synthèse ont avant tout franchi le seuil critère de la variable « puissance de l'intervention ». Chaque piste se positionne ensuite selon le score qu'elle a obtenu par rapport à la moyenne à l'aide de parenthèses, les pistes dont le déploiement apparaît contraint par la disponibilité de ressources.

Les quatre quadrants du tableau synthèse correspondent à la combinaison des variables « besoins » et « état du déploiement ». Ainsi organisée, l'information contenue dans le tableau facilite la composition d'un portefeuille équilibré d'interventions. Une piste pour laquelle les besoins s'avèrent supérieurs à la moyenne du continuum et dont le niveau de déploiement est inférieur à la moyenne offre un gain potentiel plus important qu'une piste pour laquelle, par exemple, les besoins s'avèrent inférieurs à la moyenne et dont le déploiement actuel est supérieur. Aussi, la première apparaîtra au quadrant « Impact à l'échelle de la population du continuum – Pistes de développement », tandis que la seconde figurera au quadrant « Impact à l'échelle de groupes-cibles – Pistes de consolidation ». Le tableau de la page suivante présente le tableau synthèse du continuum « Jeunes en difficulté et leur famille ».

Dans ce premier exercice, seules les zones d'amélioration potentielle, formulées en pistes d'action, ont été considérées. De nombreuses interventions, essentielles au bon fonctionnement d'un continuum, sont passées sous silence, parce qu'elles n'ont pas révélé d'écart entre les besoins et l'offre de service. Ces interventions doivent donc être maintenues et ne devraient pas être mises de côté au profit d'une piste d'action prometteuse. Par ailleurs, les pistes d'action dont la puissance de l'intervention n'a pas atteint le seuil défini lors de l'analyse ne se retrouvent pas dans le tableau synthèse : ces pistes sont à approfondir. Rappelons enfin que l'analyse est basée sur notre perception de la situation régionale montréalaise et que cette analyse doit être validée au niveau local.

Ces informations en main, il devient plus aisé de relever le défi qui consiste à composer un portefeuille équilibré d'interventions qui est le plus adapté possible à l'ensemble des besoins de la population visée. Ce portefeuille équilibré d'interventions devrait, par exemple tenir compte du fait que certaines pistes d'action sont déjà bien engagées dans les milieux locaux, que d'autres le sont moins et que d'autres encore requièrent l'ajout de ressources. En somme, le tableau synthèse invite les décideurs à identifier les pistes à privilégier pour répondre à l'ensemble des besoins de la population visée par le continuum, en tenant compte de la capacité ou de l'opportunité de déployer les ressources nécessaires à l'actualisation des interventions requises.

Tableau synthèse de l'analyse du potentiel d'impact des pistes d'action pour le continuum d'intervention « Jeunes en difficulté et leur famille »

Pistes de développement

Pistes de consolidation

	Pistes de développement	Pistes de consolidation
Impact à l'échelle de la population du continuum	<ul style="list-style-type: none"> 1. École en santé 8. (Porte d'entrée) 9. (Services spécifiques sous la Loi LSSSS) 10. Outils d'évaluation et guides de pratique en 1ère ligne 11. Harmonisation des mécanismes d'accès et des outils communs d'analyse des besoins 12. (Continuité entre les intervenants impliqués auprès de la famille) 13. Disponibilité d'équipes intégrées famille (ÉIF) 14. Adéquation des services de l'ÉIF avec les recommandations scientifiques 15. (Services adaptés aux jeunes particulièrement vulnérables) 17. Efficacité du démarchage (pères/communautés ethnoculturelles) 	<ul style="list-style-type: none"> 2. Application des PCP reconnues 19. Processus de démarchage du programme CAFE 32. Coordination-collaboration entre les organismes communautaires et le CSSS 33. Services de soutien à l'enfant et à sa famille 34. Coordination-collaboration entre les acteurs intersectoriels concernés par le soutien
Impact à l'échelle des groupes cibles	<ul style="list-style-type: none"> 16. PSI 18. (Équipe d'intervention territoriale pour les jeunes avec multiproblématiques) 20. Implication des médecins auprès des enfants abusés ou négligés gravement 21. (Services de 1^{ère} ligne pour enfants en attente ou sans diagnostic) 22. (Services spécialisés pour jeunes abuseurs-agresseurs) 23. (Hébergement et traitement pour les jeunes avec un problème concomitant de santé mentale) 24. (Services de réadaptation externe LSSSS) 36. (Programmes pour la transition aux responsabilités d'adultes) 	<ul style="list-style-type: none"> 3. Services intégrés en petite enfance 4. Suivis individuels auprès des familles vulnérables 5. (Programme Fluppy) 6. Prévention des ITS, VIH, VHC et grossesse à l'adolescence 7. Activités de promotion-prévention en centre jeunesse 25. Services spécialisés en protection de la jeunesse 26. Formation-sensibilisation-transfert des connaissances-coaching 27. Implication des médecins et des psychiatres auprès des jeunes hébergés 28. Services de réadaptation externe sous la LPJ-LSJPA 29. Services de réadaptation interne 30. Suivi psychosocial pour les jeunes en famille d'accueil 37. (Services droits d'accès et visites supervisées)

() = contraintes liées à la disponibilité des ressources

CONCLUSION

La démarche pour l'élaboration d'outils d'aide à la décision, entreprise par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie en juin 2004, s'inscrit dans le courant actuel qui préconise un recours accru à des données probantes dans le processus de prise de décision dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Cette occasion unique de mobilisation des expertises de l'Agence a permis de développer des outils qui offrent une vue d'ensemble des pistes d'action à partir desquelles les décideurs seront en mesure de composer un portefeuille équilibré d'interventions fondées sur des données probantes, dans l'optique de répondre de manière équitable, et avec un maximum d'impact, à la diversité des besoins de la population de leur territoire.

Il reste cependant encore beaucoup de travail à faire, que ce soit au niveau de la mise en place de modalités concrètes de coordination pour la mise en œuvre des pistes d'action, du développement d'outils ou du raffinement de la méthodologie. Et pour mener à bien ce travail, l'Agence souhaite maintenir un dialogue continu avec ses partenaires, de façon à assurer un partage d'informations valides et pertinentes dans l'optique d'apprécier plus justement la performance du système de santé ainsi que son impact sur la santé et le bien-être de la population montérégienne.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE. *Activités, programmes et services requis dans le secteur des la santé et des services sociaux pour les enfants, les adolescents et leur famille*, Gaspé, ADRLSSSS Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, 2004.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Pour un projet local d'intervention avec un impact sur la santé de la population : Document de discussion*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, juin 2004.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Cadre de référence sur le PSI jeunesse en Montérégie : Document de travail*, Longueuil, ADRLSSSS Montérégie, juillet 2004.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL. *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal. Programme jeunes en difficulté 0-17 ans. Balises régionales et perspectives d'implantation dans les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Montréal, ADRLSSSS Montréal, 2004.

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC. *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse*, Montréal, Service des communications, Association des centres jeunesse du Québec, 2004.

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC ET ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC. *Services à la jeunesse CLSC et Centres jeunesse : Des établissements qui s'appuient pour les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille*. 1998

BONNEAU, Marcel, Serge GAUTHIER. *Ensemble pour les familles : le P.A.I.N., Programme d'aide intersectoriel en négligence*, Longueuil, Comité de développement du programme en négligence, Direction des services professionnels, Centres jeunesse de la Montérégie, 2001.

CENTRES JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE. *Ensemble pour le jeune et ses parents Programme d'intervention en troubles de la conduite*, Longueuil, Centres jeunesse de la Montérégie, mars 2002.

CENTRES JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE. *Apprivoiser les différences: Programme d'intervention en santé mentale et troubles de la conduite*. Longueuil, Centres Jeunesse de la Montérégie, juin 2004.

CENTRE JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE. *Offre de services des Centres jeunesse de la Montérégie*, Longueuil, Centres jeunesse de la Montérégie, juin 2004.

CENTRES JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE. *Devenir responsable dans sa communauté - Programme d'intervention en délinquance*, Longueuil, Centres Jeunesse de la Montérégie, février 2004.

CENTRES JEUNESSE DE LA MONTRÉGIE. *Rapport annuel 2003-2004*, Longueuil, Centres jeunesse de la Montérégie, 2004.

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*, Québec, MSSS, février 2004.

DAGENAIS. C. *L'impact des programmes de soutien intensif visant à maintenir les enfants et les adolescents dans leur famille*, Montréal, Les cahiers du GRAVE, vol.1, no 3, avril 1994.

DAMANT, D. et autres. « Analyse des besoins en matière de recherche sur les agressions à caractère sexuel et recension sommaire des écrits ». *CRI-VIFF*, no 20, novembre 2001.

FORTIN, Sylvie et autres. *Allons à l'essentiel : L'offre minimale des services de base Famille/Enfance/Jeunesse en CLSC*, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, avril 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La protection sur mesure, un projet collectif. Rapport du groupe de travail sur l'application des mesures de protection de la jeunesse (Rapport Harvey)*, Québec, MSSS, 1991.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport du groupe de travail pour les jeunes : Un Québec fou de ses enfants (Rapport Bouchard)*, Québec, MSSS, 1991.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Vers un continuum de services intégrés à la jeunesse, les solutions de rechange au placement*, Québec, MSSS, 1994.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le jeune enfant et ses parents... Une croissance et des compétences à valoriser et à soutenir. Guide de soutien à l'intention des régies régionales pour l'implantation des mesures du Plan d'action jeunesse en matière de promotion du développement du jeune enfant et de ses parents ainsi que de prévention des problèmes d'adaptation sociale*, Québec, MSSS, 1995.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Maintenant et pour l'avenir... La jeunesse : Guide de soutien à l'implantation du plan d'action jeunesse à l'intention de la régie régionale et de ses partenaires*, Québec, Direction de l'adaptation sociale, MSSS, 1995, 114 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Agissons en complice : Pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes*, Québec, MSSS, 1998.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *État de la situation et recommandations au regard des listes d'attente en protection de la jeunesse et de l'accessibilité aux services à la jeunesse*, Québec, Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse, MSSS, 1998.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour les jeunes, faire plus et mieux : Cinq thèmes communs aux rapports Cliche, Lebon et du vérificateur général sur les services sociaux à l'enfance et à la famille*, Québec, MSSS, avril 1999.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *État de la situation et recommandations au regard des services offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille dans les CLSC*, Québec, Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse, MSSS, décembre 2000.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Faire front commun contre la détresse et les difficultés graves des jeunes : Avis du comité de coordination des chantiers jeunesse*, Document de travail pour discussion au Forum jeunesse du 3 décembre 2001, Québec, MSSS, novembre 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, Québec, Direction générale des services à la population, MSSS, juin 2002, 48 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence*, Québec, MSSS, janvier 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *De la complicité à la responsabilité : Rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille*, Québec, Direction générale des services sociaux, MSSS, avril 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations à privilégier en matière de retrait du milieu familial*, Document de travail, Québec, MSSS, avril 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services généraux offerts aux instances locales de services de santé et de services sociaux. Panier minimal de services*, Document de travail, Québec, MSSS, mai 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide à l'implantation du projet clinique*, Document de consultation, Québec, MSSS, juillet 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Québec, MSSS, septembre 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. « Données des centres jeunesse au Québec pour l'année 2002-2003 », *Données extraites du rapport AS-480 au 31 mars 2004*, 2004.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MONTÉRÉGIE. *Ensemble! au service des jeunes et de leur : Pour une meilleure adaptation sociale, Plan régional d'organisation des services pour les*

- jeunes de 0 à 17 ans en difficulté au à risque de l'être et leur famille*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux Montérégie, décembre 1996.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MONTÉRÉGIE. *Les services de base en CLSC : une première étape franchie en Montérégie pour les familles, les enfants et les jeunes*, Longueuil, RRSSS Montérégie, mars 2002.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MONTÉRÉGIE. *Plan d'action 2002-2005 pour assurer la mise en œuvre du Rapport familles d'accueil et intervention jeunesse : Analyse de la politique de placement en ressource de type familial*, Longueuil, RRSSSM, décembre 2003.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MONTÉRÉGIE. *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 Montérégie - Vers une action renouvelée en santé publique*, Longueuil, Direction de santé publique, RRSSS Montérégie, décembre 2003.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MONTÉRÉGIE. *Pour une garantie de services : Plan stratégique 2003-2006*, Longueuil, RRSSS Montérégie, 2003, 120 p.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Articulation CLSC-Centres Jeunesse dans le cadre du projet jeunesse montréalais*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, janvier 2003.
- SECRETARIAT À LA JEUNESSE. *Plan d'action jeunesse 2002-2005 : La jeunesse au cœur du Québec*, Bibliothèque nationale du Québec, 2002.
- TOURIGNY, Marc et autres. *Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalées à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec (ÉIQ)*, Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP), 2002.
- AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX MONTÉRÉGIE. *Compilation et analyse des informations internes pour les entreprises d'économie sociale en aide domestique (EÉSAD), Secteur communautaire*, Longueuil, ADRLSSS Montérégie, 2004.
- GERMAIN, Marcel. *Évaluation du processus de prise en charge de la clientèle gériatrique en centre hospitalier*, décembre 2003.
- HÉBERT, R., A. TOURIGNY, M. GAGNON. *Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie (PRISMA) : Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, Saint-Hyacinthe, 2004.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec, MSSS, 2003.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Chez soi : le premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, Québec, MSSS, juillet 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Registre des résidences pour personnes âgées avec services : Région Montérégie*, Québec, MSSS, 2004.

VANIER, Carole. *Projet régional de soutien aux aidants naturels : Profil des aidants et des personnes aidées et profil des interventions et activités réalisées par les organismes communautaires en Montérégie*, Longueuil, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, septembre 2004.

LISTE DES COLLABORATEURS

MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE TRAVAIL DE L'AGENCE

Caroline de Brouwer, pilote
Louise Boislard
Claire Brault
Johanne Lessard
Carmen Rouleau
Robert Ste-Marie
Lyne Viens

EXPERTS EN PROVENANCE DU RÉSEAU²¹

Claude Bouchard - CSSS Haut-Richelieu/Rouville, mission CLSC
Marguerite Defossé - Centre jeunesse de la Montérégie, comité des usagers
Louise Dépelteau - Centre jeunesse de la Montérégie
Christiane Duval - CSSS Richelieu-Yamaska
Julie Lapointe - CSSS Champlain
Lucie Levert - Chargée régionale de projet, mission CLSC
Daniel Michelin - Centre jeunesse de la Montérégie
Normand Ricard - Centre jeunesse de la Montérégie

MEMBRES DU COMITÉ DE COORDINATION SUR LES CONTINUUMS

De septembre 2004 à avril 2005, les travaux sur les continuums ont été menés au sein de l'Agence sous la coordination du Comité de coordination sur les continuums formé de représentants des directions de la Planification et des Affaires publiques (DPAP), de la Santé publique (DSP), de la Direction exécutive de la gestion du réseau (DEGR).

Johanne Fournier, DPAP, responsable du comité de coordination
Jocelyne Audet, DEGR
Diane Bélanger, DEGR
Paul Berger, DSP
Catherine Bertrand, DEGR
Ginette Lafontaine, DSP
Aimé Lebeau, DSP

²¹ Personnes consultées lors du colloque régional tenu le 25 novembre 2004.

ÉQUIPE RESPONSABLE DE LA MÉTHODOLOGIE (OUTILS ET DÉMARCHE) SOUS LA COORDINATION SCIENTIFIQUE DE DENIS A. ROY, DIRECTEUR DE LA DGIC

Sylvie Cantin, DPAP
Liliane Foisy, DPAP
Mylène Kosseim, DPAP
Marc Lavoie, DSP

COLLABORATION À LA CONCEPTION, RÉDACTION ET PRODUCTION DES DOCUMENTS

Nicole Lemire, DPAP

COLLABORATION À LA VALIDATION DE CONTENU

Monique Benoit, DPAP

COLLABORATION À LA MISE EN FORME

France Salois, DPAP
Madeleine Pierre, DPAP

COLLABORATION À LA MISE EN LIGNE DE LA BASE DE CONNAISSANCES

Cheickh Youcefi, DPAP
Mohamed Jamali, DAFIT
Vanneth Ngan, DPAP
Catherine Houtekier, DPAP
François Simard, DPAP