

**Programme cadre-type
de services de santé
et de services sociaux
en milieu scolaire**

(préscolaire, primaire, secondaire)



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

**PROGRAMME CADRE-TYPE
DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
EN MILIEU SCOLAIRE
(préscolaire, primaire, secondaire)**

Direction de la programmation et de la coordination
Services multicientèles de première ligne

**Version finale
Juin 1998**

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
(286-5604)

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 1999.

Nous tenons à remercier très chaleureusement les membres suivants qui ont contribué, par leur assiduité et leur implication très active dans les différentes rencontres, à l'élaboration de ce programme cadre-type de services de santé et de services sociaux aux jeunes en milieu scolaire. Nous remercions également toutes les personnes qui, dans les divers milieux, ont alimenté nos travaux.

MEMBRES DU COMITÉ AVISEUR :

Représentants des CLSC

Daniel Corbeil, directeur général	CLSC Ahuntsic
Jacqueline Gervais, responsable, équipe Enfance-Jeunesse	CLSC Montréal-Nord
Mariette Léveillé, infirmière au niveau secondaire	CLSC La Petite Patrie
Léa Nemis, travailleuse sociale scolaire	CLSC René-Cassin
Marie-Thérèse St-Jean, travailleuse sociale scolaire	CLSC Du Plateau Mont-Royal
Lorraine Trottier, coordonnatrice Jeunesse-Enfance-Famille	CLSC Hochelaga-Maisonneuve

Représentants des Commissions scolaires

Lew Lewis, directeur adjoint, Service aux élèves	CEPGM
Sylvie Glen-Bédard, coordonnatrice secteur des services complémentaires, Service aux élèves	CECM
Martine Laporte-Servant, directrice, École Henri-Beaulieu	Commission scolaire Sainte-Croix
Sue Sipos, directrice adjointe, Lindsay Place Highschool	Commission scolaire Lakeshore

Représentant de la santé publique

Catherine Martin, agente de planification et de programme, Régie régionale de Montréal-Centre
Direction de la santé publique

Représentants des Centres jeunesse

Michel Doray, conseiller-cadre, Direction du développement de la qualité des services	Centres Jeunesse de Montréal
Diane Jacobs, coordonnatrice de la prise en charge	Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

Coordination du comité aviseur

Andrée Larose, conseillère, Services multiclientèles de première ligne	Régie régionale de Montréal-Centre
---	------------------------------------

Rédaction du programme cadre-type

Andrée Larose, conseillère, Services multiclientèles de première ligne	Régie régionale de Montréal-Centre
Jeannine Leduc, conseillère Services multiclientèles de première ligne	Régie régionale de Montréal-Centre

MEMBRES DU COMITÉ DE COORDINATION :

Daniel Corbeil, directeur général	CLSC Ahuntsic
Yves Poirier, directeur général	CLSC La Petite Patrie
Terry Kaufman, directeur général	CLSC Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest
Réjeanne Laroche, coordonnatrice des services Jeunesse	CLSC Montréal-Nord
Michel Charron, coordonnateur des services complémentaires	CECM
Jerry Dunn, Students Services, English Sector	CECM
Lew Lewis, directeur adjoint, Service aux élèves	CEPGM
Louise Laflamme, directrice de la vie scolaire	Commission scolaire du Sault Saint-Louis
Micheline Fournier, responsable Services complémentaires	Direction régionale du ministère de de l'Éducation du Québec
Pierre Tremblay, président du comité de concertation des commissions scolaires de l'île de Montréal	Commission scolaire Jérôme Le Royer
Gloria Sacks-Silver, responsable de la planification intégrée, prévention, promotion, jeunesse	Direction de la santé publique

Nouveaux membres (remplacement)

Denyse Lemyre-Desautels	CECM
Pierre Gauthier	Direction régionale du MEQ
Catherine Martin	Direction de la santé publique
Andrée Carrière	Régie régionale de Montréal-Centre

Révision

André Trépanier, chef de service Services multicientèles de première ligne	Régie régionale de Montréal-Centre
Louise Gagné, conseillère Services multicientèles de première ligne	Régie régionale de Montréal-Centre

Secrétariat

Luce Beaugrand Champagne Services multicientèles de première ligne	Régie régionale de Montréal-Centre
--	------------------------------------

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	2
INTRODUCTION	5
1. DÉFINITION D'UN PROGRAMME CADRE-TYPE	7
2. PRINCIPES DIRECTEURS	7
3. OBJECTIFS DE L'INTERVENTION DU CLSC EN MILIEU SCOLAIRE.....	9
4. POPULATION VISÉE.....	10
5. LE JEUNE ET SA FAMILLE DANS LE CONTEXTE DE LA RÉGION MÉTROPOLITAINE	11
5.1 Quelques informations sur le contexte de vie de la jeunesse de l'île	11
6. PHILOSOPHIE D'INTERVENTION.....	15
6.1 Les approches.....	16
6.2 Les niveaux d'intervention	17
6.3 Les types d'intervention	18
7. SERVICES DE BASE LIÉS À LA SANTÉ PHYSIQUE	18
7.1 Prévenir et identifier précocement les problèmes de santé vécus par les jeunes, les évaluer et en assurer le suivi individuel ou collectif	18
7.2 Contribuer à la protection de la santé des jeunes.....	21
8. SERVICES DE BASE LIÉS AU DÉVELOPPEMENT PSYCHOSOCIAL DES ÉLÈVES.....	23
8.1 Prévenir et identifier précocement les problèmes psychosociaux vécus par les jeunes, les évaluer et en assurer le suivi individuel, familial ou de groupe	23
8.2 Contribuer à résoudre les problèmes psychosociaux qui empêchent certains jeunes de progresser dans leurs études	24
9. ORGANISATION DES SERVICES	25
9.1 Modalités d'organisation	25
9.2 Modalités de référence à l'intérieur de l'école	26
9.3 Modalités de référence et de suivi conjoints entre deux CLSC	26
9.4 Secret professionnel.....	26
10. RECHERCHE ET ÉVALUATION	27
BIBLIOGRAPHIE.....	28
 Annexe 1	 Tableau-synthèse des services de base des CLSC dans les écoles
Annexe 2	Fiche-santé (exemple-type)
Annexe 3	Fiche-vaccination
Annexe 4	Gestion des dossiers des usagers
Annexe 5	Protocole d'entente-type de services professionnels entre CLSC et Commissions scolaires pour assurer des services de santé et des services sociaux aux élèves de la Commission scolaire
Annexe 6	Modalités entourant le consentement des soins dispensés à un mineur

INTRODUCTION

Le comité régional de coordination des services de santé et des services sociaux en milieu scolaire, lors de la réunion du 26 septembre 1994, mandate un comité aviseur sur une base ad hoc pour développer un programme cadre-type pour la région de Montréal en matière de services sociaux et de santé en milieu scolaire.

Ce programme tient compte des documents suivants :

1. Document préparé conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation en 1993 intitulé : *«Les services de santé et les services sociaux en milieu scolaire, guide en vue d'assurer une action concertée entre les CLSC et les organismes scolaires»*.
2. Documents élaborés par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre :
 - *«Programme cadre de santé des jeunes en milieu scolaire : une composante de la santé des jeunes en CLSC»*, version révisée, juin 1991;
 - *«Précisions sur la dispensation des services sociaux scolaires dans le cadre du transfert des CSS vers les CLSC»*, avril 1993.

Dans le cadre de ses travaux, le comité aviseur a fait une consultation auprès des CLSC et a également recueilli les commentaires des Commissions scolaires concernant la programmation.

Ce programme cadre-type s'inspire des services déjà administrés sur une large échelle par le personnel des CLSC qui oeuvre auprès des jeunes en milieu scolaire : maternelle, primaire et secondaire et assure ainsi une continuité des services existants tout en exerçant une influence sur les orientations à privilégier telles que définies par les ministères de l'Éducation et de la Santé et des Services sociaux.

«L'école est d'abord un milieu de vie pour les jeunes, un milieu fort propice au développement d'actions préventives tant auprès d'eux que de leurs parents. Elle s'avère un partenaire privilégié dans l'intervention et l'élaboration de projets communs pour les jeunes.

Précisons que les activités qui seront décrites feront souvent l'objet de plans d'intervention ou de plans de services selon le cas, entre l'école, le CLSC, d'autres établissements et groupes du milieu.

Les intervenants du CLSC qui oeuvrent en milieu scolaire peuvent participer aux activités du Conseil d'orientation (élaboration du projet éducatif, code de vie, règlements de l'école) à titre de représentants de la communauté.

Afin de développer des alternatives au placement, les intervenants du CLSC (scolaires ou autres) sont invités à susciter la collaboration de partenaires appelés à soutenir l'enfant et sa famille dans la recherche d'un nouvel équilibre. Ils feront ainsi appel tantôt à un centre de réadaptation, à un organisme du milieu ou encore à une mesure de répit ou de soutien à la famille.

Enfin, les intervenants du CLSC, qu'ils travaillent en milieu scolaire ou au CLSC-même, travailleront à l'application du protocole de collaboration DPJ/CLSC en vigueur lorsque la situation le requerra.»¹

En conclusion, le programme cadre-type est supporté par l'ensemble du milieu scolaire (Commissions scolaires, Directions générales des écoles et le personnel scolaire) de même que par les 29 CLSC de Montréal-Centre.

¹ TESSIER, Monique. *«Tronc commun des activités en CLSC pour la clientèle 5-11 ans et leur famille»*. Services multicientèles de première ligne, Direction de la programmation et de la coordination, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, avril 1995.

1. DÉFINITION D'UN PROGRAMME CADRE-TYPE

Le programme cadre-type que nous allons définir dans ce document se veut un guide de référence régional en matière de services de santé et de services sociaux aux jeunes, applicable au milieu scolaire. Il s'inspire des activités présentement en cours et des pratiques les plus significatives développées par les CLSC.

Ce programme précise aux CLSC l'ensemble des objectifs poursuivis, les clientèles visées, les activités qu'ils doivent mener avec l'école et le contexte organisationnel dans lequel les activités s'insèrent. Il ne se veut pas un réducteur de l'initiative locale puisqu'une fois les balises posées, le CLSC, en concertation avec le milieu scolaire, peut prioriser ou développer d'autres activités en tenant compte des besoins exprimés et des ressources disponibles.² Pour ce faire, des services de base de santé physique et psychosociale des CLSC dans les écoles ont été identifiés.³ Des services adaptés pourront être donnés selon la priorisation locale, les besoins les plus importants de l'école, le temps du CLSC disponible dans l'école et ce, après entente conjointe.

Pour le milieu scolaire, le programme cadre-type devient l'outil sur lequel il s'appuie pour définir ses attentes à l'égard des CLSC.

Nous parlons également dans ce texte d'une **programmation intégrée** des services de santé et des services sociaux des CLSC en milieu scolaire. Dans la dernière décennie, les principales professions du réseau de la santé et des services sociaux oeuvrant dans les écoles appartenaient à deux établissements différents, d'une part les infirmières et les hygiénistes dentaires relevant du CLSC et, d'autre part, les travailleurs sociaux attachés aux Centres des services sociaux. De cette situation sont nées des programmations, des façons de voir et d'agir, souvent parallèles, même si elles étaient rarement contradictoires.

Maintenant que l'intervention des travailleurs sociaux, des infirmières et des hygiénistes dentaires relève des CLSC, nous voulons, par cette programmation intégrée, favoriser les objectifs et le travail en commun et complémentaire chez les différents intervenants des CLSC et du milieu scolaire.

2. PRINCIPES DIRECTEURS

Les CLSC et les Commissions scolaires s'entendent pour affirmer un ensemble de principes qui vont guider l'action des CLSC et les écoles.

- **Une vision globale du jeune :** l'élève qui étudie dans une école vit aussi dans une famille avec ses valeurs propres, dans un milieu qui a sa dynamique particulière. L'intervention veut *«respecter l'intégrité de la personne, considérer l'individu*

² En date du 31 mars 1995, selon le Rapport AS-471, 148.8 Infirmières, 81.8 Travailleurs sociaux et 43.3 Hygiénistes dentaires (équivalent temps complet, selon les heures travaillées), employés par 29 CLSC, desservent environ 500 écoles comptant 195 000 élèves dans les 8 Commissions scolaires de l'Île de Montréal.

³ Voir annexe 1, tableau-synthèse des services de base des CLSC dans les écoles.

*comme un tout et non comme un ensemble de problèmes sur lesquels une variété d'intervenants oeuvrent, de bonne foi, mais avec souvent peu de liens entre eux et sans vue d'ensemble des besoins de la personne».*⁴

- L'action de l'école et du CLSC vise à favoriser le **développement intégral du jeune**, c'est-à-dire l'actualisation de son potentiel physique, intellectuel, affectif, social et personnel. Si le jeune rencontre à l'école des conditions qui facilitent ses apprentissages intellectuels et sociaux, s'il y vit un succès, s'il apprend à y construire son autonomie, cela aura une influence déterminante sur son bien-être actuel et son intégration future dans la société.
- **Les parents sont les premiers responsables** de l'éducation et de la santé de leurs enfants. Les parents doivent être reconnus dans leur compétence et la famille soutenue dans l'exercice de ses responsabilités.
- **Les parents sont des partenaires** de premier plan pour l'école et pour le CLSC en ce qui a trait aux interventions dans le domaine de la santé et des services sociaux en milieu scolaire. Leur engagement doit être respecté et encouragé, de même que leur participation aux décisions qui les concernent.
- La mission des CLSC auprès des jeunes est «d'assurer à la communauté, en première ligne, des services courants de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion». Le CLSC considère important de desservir les jeunes à l'école car il s'agit du lieu de développement le plus important pour l'enfant et l'adolescent après le milieu familial. *«Les services de santé et les services sociaux sont offerts en milieu scolaire par les CLSC, dans une perspective de soutien à la mission éducative de l'école, qui vise à favoriser le développement intégral de l'élève et son insertion dans la société.»*⁵
- Une **action préventive** : dans le cadre de la réforme du système de santé, on met de l'avant un virage de l'intervention vers la prévention auprès des élèves. Cela implique que le CLSC essaie d'intervenir en amont des problèmes, en mettant l'accent sur le développement des jeunes et la promotion de leur bien-être, en soutenant leur milieu de vie en vue d'empêcher l'apparition des problèmes ou, par une intervention précoce, arrêter le développement du problème.
- Le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation sont tenus, **selon le cadre législatif de chacun** (la Loi sur les services de santé et les services sociaux et la Loi sur l'instruction publique), d'assurer des services de santé et des services sociaux aux jeunes en milieu scolaire. Les services de santé et les services sociaux font partie des services complémentaires que les

⁴ *«Les priorités régionales 1995-1998. Recommandations du comité des priorités régionales»*. Document de support, version révisée du 8 décembre 1994, p. 10.

⁵ Les services de santé et les services sociaux en milieu scolaire. *«Guide en vue d'assurer une action concertée entre les CLSC et les organismes scolaires»*. Ministère de l'Éducation du Québec, 1993, p. 4.

Commissions scolaires doivent rendre disponibles à leurs élèves, selon la Loi de l'instruction publique et le cadre des Régimes pédagogiques de l'éducation préscolaire et de l'enseignement primaire, et de l'enseignement secondaire.

- Les services sociaux et les services de santé dispensés dans les écoles par le personnel des CLSC sont, dans la région de Montréal, encadrés dans un **protocole d'entente-type de services professionnels** signé par les Commissions scolaires et les CLSC.
- L'identification des besoins prioritaires et des problèmes du jeune en milieu scolaire relève du **rôle et de la responsabilité tant de l'école que du CLSC**. Cette identification doit donc interpellier les deux partenaires.
- L'action du CLSC dans les écoles se fait en **concertation** et contribue à la **collaboration** entre l'école, la famille et la communauté dans son ensemble, de façon à faciliter le développement personnel et social de l'élève.
- **Les relations** entre les CLSC et les organismes scolaires sont basées sur le partenariat, c'est-à-dire sur les échanges, le soutien, le travail en collaboration où les décisions concernant les services sont prises ensemble dans un esprit d'équipe en respectant leurs obligations respectives.

Également, des efforts de concertation doivent être investis pour que les interventions des autres organismes (ex. : groupes communautaires, Régie régionale, Direction de la programmation et de la coordination, Direction de la santé publique, Centres jeunesse) en milieu scolaire dans le domaine de la santé et des services sociaux puissent être harmonisées localement ou régionalement avec celles qui sont planifiées conjointement par les établissements du réseau de l'éducation et les centres locaux de services communautaires.

3. OBJECTIFS DE L'INTERVENTION DU CLSC EN MILIEU SCOLAIRE

L'objectif de l'intervention du CLSC en milieu scolaire est de **contribuer au développement intégral et optimal⁶ des jeunes dans les écoles sur les plans physique, affectif, social et cognitif**.

- Prévenir et identifier précocement les problèmes psychosociaux et de santé vécus par les jeunes, les évaluer et en assurer le suivi individuel ou collectif.
- Participer à l'identification et à la réalisation en milieu scolaire des projets visant à prévenir ou à réduire l'impact de problèmes spécifiques identifiés par l'école et le CLSC.

⁶ Définitions : **Intégral** : en entier, sur tous les plans. **Optimal** : le meilleur possible, développement le plus grand possible compte tenu du jeune.

- Contribuer à résoudre les problèmes psychosociaux ou de santé qui empêchent certains élèves de progresser dans leurs études.
- Contribuer à la protection et au développement de la santé globale des jeunes.
- Favoriser la concertation et la collaboration entre l'école, la famille, la communauté dans son ensemble.
- Contribuer à la promotion de conditions favorables à la santé physique et mentale des jeunes et au maintien d'une qualité de vie dans l'école.

Ces objectifs sont en concordance avec les objectifs des services de santé et des services sociaux en milieu scolaire formulés dans les Régimes pédagogiques de l'éducation préscolaire et de l'enseignement primaire, et de l'enseignement secondaire :

«Les services de santé en milieu scolaire visent, dans un environnement sain et favorable à l'adaptation ou à la réadaptation physique, à amener l'élève à se préoccuper de son état de santé et à développer chez lui un esprit critique en rapport avec ses habitudes de vie et le milieu dans lequel il vit. Ils ont également pour objet d'aider l'élève ayant des difficultés relatives à sa santé ou à sa capacité fonctionnelle, au plan physique.

Les services sociaux en milieu scolaire visent à amener l'élève à se situer en tant que personne en constante interaction avec son environnement humain et ce, en favorisant son développement et son adaptation dans ses relations avec ses pairs, sa famille et son milieu de vie. Ces services ont également pour objet d'aider l'élève ayant des difficultés dans ses rapports sociaux.»⁷

4. POPULATION VISÉE

L'ensemble des élèves du préscolaire, du primaire et du secondaire inscrits au réseau public d'enseignement peuvent recevoir des services en vertu de leurs besoins et selon les ressources disponibles.

Les élèves inscrits dans les centres de formation professionnelle et au secteur de l'éducation des adultes ne sont pas inclus dans le présent programme. Il est suggéré que ceux-ci s'adressent directement au CLSC de leur lieu de résidence pour obtenir des services de santé et des services sociaux.

Les CLSC sont également présents dans les écoles privées de leur territoire pour y remplir certains mandats de santé publique (vaccination spécifique, prévention des maladies infectieuses). Ils ne disposent pas, toutefois, à l'heure actuelle de ressources leur permettant d'assurer les services de base dans ces écoles.

⁷ Régime pédagogique de l'éducation préscolaire et de l'enseignement primaire et Régime pédagogique de l'enseignement secondaire. Décrets 73-90 et 74-90, 24 janvier 1990, art. 14 et 15.

Pour tenir compte des ressources disponibles et maximiser leur utilisation, des services de base accessibles à toute la population scolaire concernée ont été identifiés (voir section sur les services de base aux points 7 et 8) alors que pour les autres services, des populations prioritaires devront être ciblées, en collaboration, par les CLSC et les Commissions scolaires, en fonction des besoins du milieu et des autres ressources disponibles dans les écoles publiques.

Toutefois, pour l'ensemble des élèves des Commissions scolaires, une attention particulière devrait être accordée aux populations vulnérables suivantes :

- **les jeunes de milieux socio-économiquement défavorisés.** Ces jeunes vivent souvent dans des milieux de désintégration sociale et sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé physique, des problèmes au niveau de leur vécu affectif et d'adaptation sociale. Non seulement les problèmes sont-ils plus fréquents en ces milieux, mais ils demandent souvent une intervention plus globale et intensive pour que le jeune et sa famille prennent eux-mêmes la problématique en charge;
- les jeunes immigrants de nouvelle souche provenant de pays en voie de développement présentent aussi des problèmes de santé et d'adaptation. Le suivi requis pour enclencher une prise en charge par le jeune et sa famille s'avère aussi plus complexe à cause des distances culturelles existant par rapport à notre société;
- **les élèves en difficulté d'adaptation et d'apprentissage, les élèves handicapés** physiques, intellectuels, auditifs, visuels, souffrant de déficiences multiples ou ceux avec des troubles au niveau de l'apprentissage et les jeunes avec troubles de comportement nécessitent une approche particulière, étant plus vulnérables au plan social et de la santé;
- **les enfants du préscolaire :** en termes de prévention au décrochage scolaire et aux comportements asociaux, il est important d'intervenir auprès des enfants, dès la pré-maternelle, pour favoriser une intégration scolaire adéquate.

5. LE JEUNE ET SA FAMILLE DANS LE CONTEXTE DE LA RÉGION MONTRÉLAISE

Nous voulons préciser, ici, le contexte social de l'agglomération montréalaise dont le CLSC et les écoles doivent tenir compte pour déterminer les problématiques sur lesquelles l'intervention des infirmières, des travailleuses sociales, des hygiénistes dentaires et d'autres types de professionnels en milieu scolaire s'avère importante.

5.1 Quelques informations sur le contexte de vie de la jeunesse de l'Île

Le jeune de 4 à 18 ans qui se retrouve dans une école publique de l'Île de Montréal vit dans une métropole où la population est très diversifiée tant par ses origines ethniques, son niveau de vie que son style de vie familiale.

5.1.1 Les réalités familiales diversifiées

- **De petites familles** : les familles de l'Île de Montréal comptent en moyenne 1,1 enfants par famille alors que dans l'ensemble du Québec les familles en ont 1,2.⁸
- **Où les mères sont majoritairement sur le marché du travail** : près de 67 % des mères d'enfants de moins de 16 ans sont sur le marché du travail,⁹ ce qui engendre une socialisation précoce pour l'enfant.
- **Où l'on remarque la montée du nombre des familles où la mère est la responsable** : 74 090 enfants de moins de 18 ans, soit 22,6 %, vivent dans une famille monoparentale comparativement à 15,4 % des enfants de la province.¹⁰

5.1.2 La place des jeunes sur l'Île

Les jeunes de 0-14 ans représentent 15,9 % de la population de l'Île. C'est une nette différence avec l'ensemble du Québec où les jeunes 0-14 ans constituent 20 % de la population.¹¹

5.1.3 La multiethnicité

17,9 % des élèves des huit (8) Commissions scolaires sont nés hors du Canada et 22,9 % des élèves nés au Québec ont un parent qui est né hors du Canada. C'est donc 40 % des jeunes des écoles qui ont des référents culturels différents.¹² Dans les classes d'accueil de la CECM, on trouve des enfants venant de 107 pays.¹³

5.1.4 La pauvreté

67 425 des 225 150 familles de l'Île de Montréal ayant des enfants 0-17 ans vivent sous le seuil de faible revenu, soit 29,9 % de toutes les familles.¹⁴

⁸ «*L'état de santé et de bien-être de la population de Montréal-Centre*», Régie de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, Avril 1994, Annexe 1, Données du recensement 1991.

⁹ Langlois S. (1990). «*La société québécoise en tendances 1960-1990*». Institut québécois de recherche sur la culture, Québec.

¹⁰ «*Recueil statistique. Données du recensement de 1991. Données du J36, série A. Territoires de CLSC de la région de Montréal-Centre*». Hélène Riberdy, M.Sc., démographe, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 1994, p. 34.

¹¹ Op. cit. 7.

¹² «*Répartition des élèves selon leur pays d'origine et celui de leurs parents et selon leur langue, pour l'année scolaire 1993-1994*». Conseil scolaire de l'Île.

¹³ Le recensement de 1991 nous apprenait que 21 % de la population de Montréal-Centre déclare une langue maternelle autre que le français et l'anglais.

¹⁴ Op. cit. 9.

«Par ailleurs, on évalue qu'au moins 25 % des enfants pauvres ne mangent pas à leur faim. Les enfants s'identifient plus difficilement à leur école; leur disponibilité pour les apprentissages et leur niveau de concentration sont plus faibles.»¹⁵

5.1.5 Certains problèmes de nos jeunes

L'environnement urbain et familial que nous venons de décrire a certes une sérieuse influence sur certaines réalités jeunesse qui nous préoccupent dans les écoles de l'Île.

«Plusieurs de nos jeunes connaissent des difficultés graves. Certains sont victimes de la brutalité, de l'ignorance ou de l'indifférence des adultes ou des institutions; d'autres, généralement plus âgés, se rebellent, se montrent violents, transgressent les lois, abusent d'alcool et de drogues ou encore se prostituent. Certains abandonnent l'école très prématurément ou sont hantés par des idées suicidaires. D'autres errent dans les rues.»¹⁶

Notre intention ici n'est pas de faire un exposé exhaustif des problèmes rencontrés par les jeunes mais davantage de cibler les problématiques sociales ou de santé sur lesquelles le CLSC peut intervenir en milieu scolaire en conjonction avec l'école :

- un taux de décrochage scolaire de 34 % à Montréal concentré en milieu de pauvreté, (comparé à 31 % ailleurs au Québec); on retrouve les premiers signes de ces difficultés dans le fait que 28 % des garçons et 18 % des filles accusent un retard dans leur cheminement à l'école primaire;¹⁷
- des taux de fécondité qui dépassent les 30 naissances pour 1000 adolescentes de 15-19 ans dans 10 territoires de CLSC de la région (moyenne québécoise : 17,3); une mère adolescente risque davantage d'abandonner l'école et de vivre de l'aide sociale;
- une progression marquée du taux de suicide chez les jeunes de 15-19 ans et une prévalence plus élevée des idées suicidaires ou des tentatives de suicide chez les jeunes montréalais;
- 35,2 % des jeunes québécois de 15-24 ans souffrent d'un niveau élevé de détresse psychologique, un état comprenant la dépression, l'anxiété chronique ainsi que des symptômes d'agressivité et de troubles cognitifs. Les jeunes femmes de 15-24 ans sont

¹⁵ *«Un Québec fou de ses enfants»*. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 4^e trimestre 1991, p. 66.

¹⁶ Op. cit. 14, p. 29.

¹⁷ Op. cit. 14, p. 105.

particulièrement vulnérables puisque 41 % connaissent un score élevé;¹⁸

- environ 5000 enfants de 0-18 ans sont pris en charge par la Direction de la protection de la jeunesse sur le territoire de Montréal; 50 % des motifs de protection sont liés à des situations de négligence et 25 % à des troubles de comportement;¹⁹

«La marginalisation des jeunes, leur violence de gang, leur décrochage, leur itinérance reposent généralement sur un processus long où se seront souvent succédé des expériences d'échec, de rejet, de rébellion, d'abandon. Bien que les aboutissements les plus éloquentes se manifestent dans la période de l'adolescence, on en voit souvent les sources et les premières manifestations en très bas âge. Les manifestations de marginalisation telles que la toxicomanie, les conduites délinquantes, les troubles du comportement, les fugues ou les ruptures (décrochage) avec leurs milieux de vie sont l'expression d'un malaise profond ressenti par plusieurs de nos enfants.»²⁰

- un accroissement de la sédentarité, de l'obésité et du tabagisme chez les jeunes; en ce qui concerne la cigarette, 31,5 % des élèves du secondaire de la CECM fument régulièrement ou occasionnellement²¹ et cette moyenne est de 19,7 % pour l'ensemble des élèves du Québec.²² Si 27,6 % des jeunes de la CECM ont «essayé» la drogue, la consommation régulière²³ est le fait de 3,4 % des jeunes. C'est le même pourcentage de jeunes à la CECM qui prennent de l'alcool régulièrement;²⁴
- une surreprésentation des jeunes issus de certaines communautés ethnoculturelles dans les centres qui offrent des services aux jeunes en difficulté;²⁵
- un accroissement des problèmes au niveau scolaire primaire : troubles graves d'apprentissage, idéation suicidaire, allergies, asthme, etc.;
- un pourcentage important de jeunes de niveau scolaire primaire ont des problèmes bucco-dentaires.

¹⁸ Santé Québec, *«Enquête sociale et de santé 1992-1993, Faits saillants»*. C. Bellerose, C. Lavallée, J. Camirand, Direction des communications, MSSS, 1994, pp. 34-35.

¹⁹ Compilation des données des deux DPJ de Montréal effectuée par Andrée Larose, mars 1994. Services multicientèles de première ligne, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

²⁰ Op. cit. 14, p. 51.

²¹ *«Habitudes de vie au secondaire»*, Rapport global, La Commission des Écoles catholiques de Montréal, avril 1994, p. 23.

²² *«Les habitudes de vie des élèves du secondaire. Synthèse du rapport d'étude»*. Direction de la recherche, Ministère de l'Éducation, 1991, p. 6.

²³ Op. cit. 20, p. 26.

²⁴ Op. cit. 20, p. 30.

²⁵ Une partie des données viennent de la priorité 2 des *«Priorités régionales 1995-1998»*, Recommandations du comité des priorités régionales, document support, version révisée le 8 décembre 1994, p. 25.

6. PHILOSOPHIE D'INTERVENTION

Le rapport du groupe de travail sur les jeunes *«Un Québec fou de ses enfants»* met de l'avant trois conditions à une intervention efficace :

- **Agir le plus tôt possible** : dans le contexte scolaire cela implique intervenir le plus possible de façon préventive, d'abord au niveau des classes de pré-maternelle, maternelle et des premières années du cycle primaire et intensifier l'intervention au début.
- **Agir en continuité** : cela implique une collaboration étroite entre les intervenants du CLSC, du personnel enseignant et non enseignant de l'école afin d'assurer aux jeunes des services intégrés qui couvrent leurs différents besoins tant à l'école, à la maison que dans l'ensemble de leur vie. La multiplication des intervenants auprès du même jeune et de sa famille qui sectorise les problèmes doit être évitée.

De plus, il est mentionné que : *«La continuité d'un programme est fonction de la stabilité du personnel et de la présence continue des activités du programme sur le territoire choisi.»*²⁶

- **Agir avec intensité** : une action intense implique d'éviter le «saupoudrage» d'activités qui ne s'inscrivent pas dans un suivi.

*«L'intensité est affaire de présences fréquentes auprès des populations visées -- aussi faut-il adopter des objectifs clairs, peu nombreux, cohérents et éviter l'éparpillement.»*²⁷

La reconnaissance d'une pareille philosophie d'intervention par la nouvelle programmation intégrée amènerait des modifications notables dans la façon de travailler des CLSC et nécessiterait d'abord une entente entre des partenaires quant à cette philosophie d'intervention. Comme dit Camil Bouchard : *«Il n'y a pas de solutions à rabais ni de demi-mesure qui puissent éliminer ou atténuer de façon significative des facteurs de risque souvent nombreux et complexes.»*²⁸

À titre indicatif seulement, cette philosophie d'intervention se concrétise par des moyens tels des approches spécifiques, des niveaux et des types d'intervention qui peuvent varier d'un CLSC à l'autre, d'une école à l'autre et d'une Commission scolaire à l'autre. Elle doit être partagée et soutenue par les partenaires concernés.

²⁶ Op. cit. 14, p. 58.

²⁷ Op. cit. 14, p. 59.

²⁸ Op. cit. 14, p. 59.

6.1 Les approches

Plusieurs approches d'intervention coexistent dans les CLSC selon les choix de l'organisation définis par les conseils d'administration et selon les professionnels qui y oeuvrent. Certaines seront privilégiées plus que d'autres selon les CLSC mais surtout selon la clientèle à desservir, les services à dispenser et les problèmes à régler. Voici une brève description des approches principales.

6.1.1 L'approche communautaire

Le CLSC croit que la famille, la parenté, les amis, les bénévoles doivent être directement impliqués dans la distribution des services et qu'il s'agit d'ailleurs là d'une condition souvent importante de réussite.

Dans l'approche communautaire, d'une part, il y a l'intervention individuelle où le professionnel accompagne une personne dans ses besoins mais en établissant d'autre part, à chaque fois que c'est possible, un lien efficace avec le milieu, c'est-à-dire un lien propre à compléter avec les aidants naturels, le support nécessaire au jeune et sa famille.

Dans cette perspective, nous privilégions les interventions de groupe aux interventions individuelles à chaque fois que cela est possible.

6.1.2 L'approche éducative

Cette approche s'appuie sur la compétence de la personne à trouver sa propre solution. Le CLSC vise la responsabilisation et l'autonomie de la personne, il veut donc favoriser une approche éducative.

6.1.3 L'approche systémique

Un système peut être défini comme étant un ensemble d'éléments en interaction entre eux, organisés en fonction de buts précis et évoluant dans le temps. Dans un tel ensemble, les éléments sont interdépendants, ce qui fait qu'un changement chez l'un d'entre eux entraîne des effets sur son organisation tout entière. C'est ce qu'on appelle le **principe de la circularité** qui régit la vie d'un système.

Pour toutes les personnes avec qui le CLSC est appelé à interagir, il reconnaît l'importance des systèmes dans lesquels elles évoluent qu'ils soient familial, professionnel, social ou scolaire, y compris celui qui inclut le CLSC. Ces différents systèmes ont chacun leur propre réalité et leur propre finalité. C'est à partir de ce constat que nous affirmons que toute personne se trouve au milieu d'enjeux contradictoires et évolue dans un univers organisé de façon complexe.

Sur la base de cette approche, les interventions auprès de la personne, de sa famille, des intervenants du réseau sociocommunautaire impliqués ou appelés à l'être, sont orientées prioritairement vers la facilitation des rapports entre ces divers acteurs. Amener chacun d'entre nous à communiquer de façon plus efficace, faire la lecture des messages de chacun et des règles des systèmes, favoriser la circulation d'information au sujet des enjeux de chacun, apporter des observations complémentaires, proposer un recadrage de la problématique, tels sont les types d'actions à accomplir afin d'en arriver collectivement à une définition des besoins prioritaires d'une personne ou des moyens pertinents d'y répondre.

6.1.4 L'approche travail de rue, de milieu

Cette approche se situe en complémentarité avec les deux précédentes. Le CLSC veut être présent là où sont les jeunes, dans leurs milieux respectifs et naturels et ce, en respectant les valeurs, les règles et les normes de ces lieux.

6.1.5 L'approche multidisciplinaire

Le CLSC favorise une approche multidisciplinaire aux problèmes présentés, ce qui met à contribution de façon intégrée et continue le savoir et les habiletés de chacun des intervenants de l'équipe, CLSC et école, quelles que soient leur formation et leur expertise.

6.2 Les niveaux d'intervention

Au chapitre de la prévention surtout, les CLSC sont appelés à intervenir sur plusieurs niveaux en alternance selon les besoins identifiés et les objectifs poursuivis. Ce sont :

6.2.1 La promotion

Il s'agit de promouvoir la santé, de saines habitudes de vie, des choix sains pour éviter l'apparition de maladies ou de problèmes, par exemple : une campagne de promotion des conduites pacifiques, une campagne de prévention des MTS et de l'usage de drogues.

6.2.2 Le dépistage et l'intervention précoce

Ce niveau concerne, à la fois, le dépistage et le traitement précoce de la maladie ou du problème et vise à limiter les troubles ou séquelles. Par exemple, lors des cliniques jeunesse, on fait le dépistage des MTS et on traite la maladie s'il y en a une; on informe la personne adéquatement pour éviter qu'un problème semblable se reproduise. D'autres problèmes tels les abus sexuels et le harcèlement peuvent être dépistés.

6.2.3 Le soutien et le suivi aux élèves

Ce niveau est associé à la réadaptation. Il vise à prévenir la réapparition de problèmes et à assurer une meilleure qualité de vie possible malgré le problème vécu. Par exemple, suite à des MTS, nous l'aiderons à identifier des moyens pour pallier à ce problème ou suite à un problème de drogues, nous lui proposerons un programme de réhabilitation.

6.3 Les types d'intervention

Enfin, les CLSC ont à leur disposition trois types d'intervention qui, selon les situations, peuvent s'avérer pertinents d'utiliser.

6.3.1 L'intervention collective

Il s'agit d'une intervention de type information et sensibilisation ainsi que d'une mobilisation d'un ensemble de personnes sur un thème donné ou une problématique spécifique.

6.3.2 L'intervention de groupe

Il s'agit d'une intervention qui se situe dans une perspective de réseau d'entraide ou co-conseil avec un ensemble d'individus qui vivent une situation commune.

6.3.3 L'intervention individuelle

Il s'agit d'une consultation qui doit se situer dans une perspective de relation personne à personne, intervenant à client et client à intervenant.

7. SERVICES DE BASE LIÉS À LA SANTÉ PHYSIQUE

7.1 Prévenir et identifier précocement les problèmes de santé vécus par les jeunes, les évaluer et en assurer le suivi individuel ou collectif

7.1.1 Le suivi de la santé

La fiche-santé²⁹ est un moyen qui permet à l'école et à l'infirmière d'identifier certains problèmes de santé de l'élève.

Le Comité régional de coordination des services de santé et des services sociaux en milieu scolaire a élaboré un exemple-type d'une fiche-santé que les écoles de la région de Montréal pourront adapter selon leur réalité.³⁰

²⁹ Voir annexe 2, Exemple type de la fiche-santé, en vigueur dans la région de Montréal-Centre.

³⁰ La fiche-santé a été adoptée en juin 1994.

L'école demande aux parents de lui indiquer le nom et les coordonnées des personnes significatives à contacter en cas de besoin ou d'urgence, de même que les caractéristiques de santé qui peuvent appeler une attention particulière tels les cas d'épilepsie, de diabète, d'allergies ou autres ainsi que les correctifs ou les médicaments prescrits.

Elle est remplie par les parents au moment de l'inscription, au début de chaque année scolaire. Pour les élèves s'ajoutant en cours d'année, l'école fait également compléter la fiche-santé par les parents puisque la fiche-santé n'est pas transférée d'une école à l'autre. Elle est recueillie par l'école, gardée dans un endroit central et mise à la disposition de l'infirmière.

L'infirmière étudie les fiches-santé mises à sa disposition par l'école, relève les cas nécessitant une attention spéciale et élabore, s'il y a lieu, des recommandations avec les parties impliquées, soit les parents, les directions d'école, les enseignants, le personnel des services de garde en milieu scolaire, les jeunes. Elle effectue un suivi auprès des jeunes identifiés par le biais de la fiche-santé.

7.1.2 Dépistage

L'objectif poursuivi par un dépistage est de reconnaître précocement un problème de santé et d'en assurer un suivi afin de prévenir des conséquences néfastes pour la santé, à court et à long termes. Des dépistages sont menés quand des possibilités d'agir efficacement justifient l'investissement en temps.

Plusieurs dépistages systématiques considérés jusqu'ici comme obligatoires n'ont plus de raison d'être puisque les troubles sérieux sont dépistés de façon générale avant l'entrée à l'école auprès des enfants de 3 à 5 ans. Il en est ainsi pour **les retards de croissance, les problèmes de développement cognitif et comportements susceptibles de nuire au rendement scolaire et les troubles auditifs.**

Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique appuie cette position pour les raisons suivantes³¹ :

- *la détection précoce des problèmes de développement à l'aide du test de dépistage Denver (Denver Developmental Screening Test, DDST) n'améliore aucunement le rendement scolaire et augmente par ailleurs l'inquiétude des parents;*
- *les autres instruments de dépistage et programmes correctifs ne se sont pas révélés vraiment efficaces;*

³¹ Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *«Guide canadien de médecine préventive»*. Santé Canada, 1994, chap. 26 et 27, pp. 330-345.

- *les grands programmes communautaires visant à prévenir le faible rendement scolaire dans les groupes défavorisés ou à haut risque ont eux aussi donnés des résultats mitigés et controversés;*
- *le dépistage des troubles auditifs accapare des ressources précieuses (du temps, notamment) et aucun avantage n'a pu être établi.*

Le Groupe d'étude demeure, cependant, toujours en faveur de l'inclusion du test de l'acuité visuelle dans l'examen médical périodique des enfants d'âge préscolaire.³²

Toutefois, pour toutes les écoles, l'infirmière procédera à un dépistage individuel à la demande des enseignants et effectuera un suivi approprié, s'il y a lieu, après avoir obtenu l'autorisation des parents.

De plus, une sensibilisation est faite auprès du personnel enseignant, des parents, des enfants et des adolescents sur la surveillance et la reconnaissance de difficultés auditives ou visuelles et sur des moyens de prévenir ces difficultés.

Enfin, des dépliants d'information et de sensibilisation sur la façon de prévenir l'apparition d'un problème ou de reconnaître un problème seront remis aux parents d'enfants fréquentant la pré-maternelle et la maternelle.

Le seul **dépistage effectué systématiquement** concerne la santé dentaire. En effet, l'hygiéniste dentaire effectue le dépistage et le classement des enfants selon leur vulnérabilité à la carie auprès des enfants de la maternelle. Un suivi individuel systématique des enfants les plus à risque a lieu de la maternelle à la troisième année inclusivement pour appliquer des mesures préventives et favoriser l'apprentissage de nouvelles habitudes de santé dentaire et de nutrition afin de corriger les problèmes décelés. Le dépistage permet aussi d'identifier les enfants ayant un besoin de traitement pour informer leurs parents et les référer vers des lieux de traitement appropriés.

7.1.3 Consultation nursing

La consultation nursing occupe une place importante dans l'identification précoce des problèmes parce qu'elle permet de poser un jugement initial sur le problème et de référer s'il y a lieu, de dispenser des conseils éclairés et de répondre à un besoin d'écoute qualifiée.

Une partie de cette activité consiste à effectuer une première évaluation initiale des cas dépistés et référés par les enseignants à l'infirmière. L'autre partie de la consultation, selon les disponibilités de l'infirmière,

³² Op. cit. 30, p. 344.

consiste à offrir aux élèves la possibilité de la consulter directement sans référence spécifique.

En milieu scolaire, les motifs de consultation sont en général de deux ordres : des besoins d'information sur des sujets variés (problèmes de poids, sexualité-contraception, etc.) et des besoins d'intervention nursing concernant des malaises courants (maux de tête, de ventre, nausées, fatigue importante). Cette intervention peut permettre le dépistage de problèmes autres que ceux évoqués par la demande de consultation.

7.2 Contribuer à la protection de la santé des jeunes

7.2.1 Contrôle des immunisations

Certaines maladies infectieuses sont contagieuses, c'est-à-dire qu'elles peuvent se transmettre d'une personne à une autre. L'école, en raison du grand nombre d'individus présents, constitue un milieu propice à la transmission de plusieurs maladies d'une personne à l'autre. C'est pourquoi des mesures préventives sont essentielles en milieu scolaire et ce, de façon continue.

Certaines maladies peuvent être évitées par la vaccination. C'est pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) recommande fortement que tous les enfants de la pré-maternelle, de la maternelle, du primaire et du secondaire soient vaccinés adéquatement, à moins de raison médicale contraire.

Des protocoles pour le contrôle des maladies infectieuses dans les écoles à l'intention des Commissions scolaires ont été réalisés par la Direction de la santé publique (l'ex-Regroupement des départements de santé communautaire du Montréal métropolitain) et sont disponibles dans toutes les écoles.³³

La **fiche-vaccination**³⁴ uniformisée est remplie par les parents lors de l'entrée en maternelle ou lors de l'inscription de l'élève dans une nouvelle école. C'est l'école qui recueille les fiches-vaccination et les remet à l'infirmière qui effectue la vérification, complète les rapports et fait la relance auprès des parents s'il y a lieu. Comme la vaccination varie peu, la fiche-vaccination est valable d'une année à l'autre et est conservée par l'infirmière du CLSC affectée à l'école durant toutes les années où l'élève fréquente cette école. Cependant, la fiche-vaccination n'est pas transférée d'une école à l'autre.

³³ *«Contrôle des maladies infectieuses dans les écoles: protocole à l'intention des Commissions scolaires, des directions d'école, des parents, des enseignants et des stagiaires»*, Volume 1, Politique et mesures de prévention, Bureau régional des maladies infectieuses, Regroupement des départements de santé communautaire du Montréal métropolitain, Novembre 1992.

³⁴ Voir annexe 3, *Exemple type de la fiche-vaccination* en vigueur dans la région de Montréal-Centre.

D'autre part, dans toutes les écoles publiques et privées, le CLSC s'assure que l'école connaît les règles et mesures à prendre lorsqu'une maladie contagieuse survient. Dans un tel cas, l'école avise le CLSC de la présence d'une maladie contagieuse à l'école; selon le cas, le CLSC se charge d'aviser la Direction de la santé publique. Notons, qu'en cas d'apparition de maladies infectieuses ou d'épidémie, un enfant non vacciné adéquatement risque d'être exclu de l'école.

7.2.2 Vaccination

Des campagnes de vaccination spécifiques sont nécessaires et incontournables. Cependant, celles-ci doivent tenir compte des contraintes de l'école et consulter les directions afin d'établir une programmation qui respecte la vocation première de l'école. Il s'agit de campagnes telles :

- vaccination hépatite B;
- toute autre campagne de vaccination implantée par la Direction de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux.

7.2.3 Premiers soins

Par premiers soins, il faut entendre les soins requis par les élèves lors d'un malaise ou d'un accident.

Ce sont les écoles qui assument la responsabilité de porter secours et de donner les premiers soins aux élèves. Cela implique également la responsabilité de la formation du personnel de l'école chargé d'assurer les premiers soins lors des activités scolaires ou parascolaires et de la disponibilité des trousseaux de premiers soins.

Les infirmières en milieu scolaire assument un rôle de soutien-conseil auprès des écoles dans l'organisation des premiers soins.

7.2.4 Protocole pour les élèves présentant un risque de choc anaphylactique et autres

La fiche-santé est également l'outil qui permet d'identifier, dès leur entrée à l'école, les enfants susceptibles de développer une réaction allergique importante due à une allergie alimentaire, à une piqûre d'insecte ou à toute autre allergie sérieuse.

Les directeurs d'école et les infirmières scolaires doivent se référer au protocole d'intervention pour les élèves présentant un risque de choc anaphylactique, en vigueur dans chacune des écoles. Ce protocole d'intervention en cas d'urgence précise les responsabilités des parents et des écoles, les rôles des infirmières et du personnel scolaire ainsi que les

mécanismes de concertation nécessaires entre tous les intervenants en rapport avec l'élève à risque.

7.2.5 Éducation à la santé

L'éducation à la santé vise à amener l'élève à adopter des attitudes favorables à l'atteinte d'un certain bien-être physique, psychique et social. Elle lui fournit l'occasion de comprendre ce qu'est la santé dans un contexte personnel, familial et communautaire.³⁵

Le personnel du CLSC peut travailler à différentes thématiques portant sur : l'alimentation, le tabagisme, l'alcool et les toxicomanies, le sommeil, le stress, la sexualité, la sécurité, l'hygiène physique, l'hygiène dentaire, l'activité physique, la prévention du suicide, le développement de compétences, l'estime de soi, la violence. La collaboration des enseignants et du personnel non enseignant est souhaitée et nécessaire lors de la dispensation de ces programmes.

8. SERVICES DE BASE LIÉS AU DÉVELOPPEMENT PSYCHOSOCIAL DES ÉLÈVES³⁶

Il s'agit de développer une intervention concertée et continue auprès de l'enfant et de sa famille par la participation, lorsque requise, au plan d'intervention du personnel de l'école, du CLSC et celui de d'autres établissements ou organismes; de contribuer au dépistage de la négligence, des mauvais traitements physiques et des abus sexuels et de s'assurer que les jeunes et leur famille reçoivent un suivi approprié; de contribuer avec le personnel de l'école et les autres partenaires à la définition et à la réalisation d'activités reliées à des problématiques identifiées dans le milieu, activités qui favorisent la compréhension mutuelle et le rapprochement de l'école et de la famille.

8.1 Prévenir et identifier précocement les problèmes psychosociaux vécus par les jeunes, les évaluer et en assurer le suivi individuel, familial ou de groupe

8.1.1 L'intervention préventive

Le premier volet de l'intervention préventive porte sur le développement des capacités et des habiletés d'adaptation d'élèves à risque tant sur le plan de l'adaptation affective ou sociale qu'au niveau du rendement académique. Le personnel du CLSC et le personnel de l'école travaillent conjointement avec les parents en vue de faciliter l'adaptation dans les périodes de transition comme le passage de la maison à la pré-maternelle, la maternelle, de l'école primaire au secondaire, à la mise sur pied de

³⁵ Op. cit. 4, page 8.

³⁶ Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. *«Précisions sur la dispensation des services sociaux scolaires dans le cadre du transfert des CSS vers les CLSC»*, Avril 1993.

groupe de développement des compétences sociales, et des projets de prévention du décrochage scolaire.

Le second volet met l'accent sur la modification de l'environnement social de l'élève, que ce soit les milieux scolaire, familial, communautaire, de travail ou le réseau de pairs. Le personnel du CLSC, le personnel de l'école et les parents participent à des groupes de discussion liés à des problématiques ayant un impact sur le fonctionnement scolaire des élèves.

Le troisième volet assure la diffusion d'information et l'action concertée auprès des élèves, familles, personnel de l'école, sur certains problèmes sociaux tels le suicide, les drogues, de même que la sensibilisation du personnel scolaire à la problématique de la négligence, des abus physiques et sexuels, etc.

Le personnel de l'école et les partenaires concernés participeront à l'analyse des besoins prioritaires des élèves en termes de prévention. Ceux-ci proposeront les modalités pertinentes afin de répondre aux besoins identifiés et mettront en place les programmes de prévention. L'efficacité du programme et la satisfaction de l'ensemble des partenaires sont évalués et, au besoin, les modifications nécessaires sont apportées au programme. Suite au programme de prévention, le personnel du CLSC offre un support individuel ou familial ou oriente la ou les personnes vers les ressources appropriées, si nécessaire.

8.1.2 La promotion de conditions favorables au maintien d'une qualité de vie dans l'école

Les activités de promotion ont pour objectif le développement et le renforcement de conditions favorables au bien-être et à la santé mentale de l'ensemble des élèves et du personnel de l'école.

Le personnel du CLSC peut initier ou participer, en collaboration avec les partenaires, à des activités de promotion à l'école, tels des groupes d'entraide entre jeunes (peer counseling), prévention du stress, *semaine du goût de vivre* (prévention du suicide), activités d'information ou de sensibilisation avec les professeurs sur des sujets reliés à la santé mentale.

8.2 Contribuer à résoudre les problèmes psychosociaux qui empêchent certains jeunes de progresser dans leurs études

8.2.1 L'accueil des demandes

L'objectif de l'accueil est de rendre les services psychosociaux accessibles aux clientèles du milieu scolaire qui ont un problème relié à l'école. L'intervenant social reçoit les demandes de services pour une première prise de contact. Les demandes peuvent être de l'information, une

évaluation, une consultation, de l'orientation ou une situation de crise. Ces demandes ont la particularité que souvent le demandeur n'est pas le jeune lui-même, mais un enseignant, un ami ou autre.

8.2.2 La consultation interprofessionnelle

L'objectif de la consultation est de permettre au personnel de l'école de faire face aux problèmes psychosociaux vécus par les élèves. La consultation peut impliquer le travailleur social en milieu scolaire, le directeur, les enseignants, l'infirmière et les autres membres du personnel de l'école.

8.2.3 L'évaluation et le suivi psychosocial

L'objectif de l'intervention psychosociale vise à évaluer les facteurs d'ordre personnel, familial, scolaire et social qui nuisent au développement et à l'intégration de l'enfant à l'école. Certains facteurs requièrent un suivi psychosocial auprès de la famille :

1. facteurs reliés au développement de la qualité de l'encadrement et de la supervision familiale (négligence, problèmes de comportement, accomplissement des tâches scolaires, surveillance, ...);
2. facteurs reliés au développement de l'implication affective des parents (relation et communication parents-enfants, ...).

8.2.4 L'intervention en situation de crise

L'objectif est de réagir immédiatement à une situation que le personnel de l'école, la famille ou l'enfant juge urgente, par exemple, un décès, une tragédie dans l'école ou la communauté, etc. L'intervenant social reçoit, évalue et assure le suivi approprié.

9. ORGANISATION DES SERVICES

9.1 Modalités d'organisation

La région de Montréal présente la particularité d'une grande hétérogénéité. En effet, la présence de plusieurs commissions scolaires entraîne une grande diversité de modes de pratique dans les écoles. De ce fait, les CLSC de la région de Montréal-Centre offrent des services de santé et des services sociaux en milieu scolaire à toutes les écoles publiques de leur territoire, au préscolaire, au primaire et au secondaire. Un protocole d'entente-type de services professionnels vient fixer les modalités d'encadrement administratif de ces services.³⁷

³⁷ Voir annexe 4, Exemple d'un protocole d'entente-type de services professionnels entre CLSC et Commissions scolaires.

Ce protocole contient les principes de base sur lesquels est basée l'entente CLSC et Commission scolaire ainsi que les responsabilités de la Commission scolaire, celles du CLSC et les responsabilités conjointes. Des dispositions administratives ont aussi été identifiées soit sur la durée, la modification et le renouvellement du protocole d'entente ainsi que sur l'observance du protocole sur les services professionnels.

9.2 Modalités de référence à l'intérieur de l'école

Le personnel du CLSC en milieu scolaire reçoit des références du directeur d'école, des enseignants et du personnel non enseignant de l'école, du service de garde, des élèves, des organismes extérieurs tels les Centres jeunesse, des autres équipes du CLSC et des parents. L'école doit aviser les parents lorsque l'enfant est référé à l'intervenant social du CLSC.

9.3 Modalités de référence et de suivi conjoints entre deux CLSC (quand le territoire de résidence de l'élève n'est pas le même que le territoire de l'école)

Les services de base offerts par les CLSC dans les écoles de leurs territoires visent tous les élèves, même si leur lieu de résidence est dans un autre territoire de CLSC.

Si un élève ou sa famille requiert des services d'un CLSC autres que scolaires, l'intervenant scolaire doit s'assurer d'orienter l'élève et sa famille vers le CLSC de résidence et faire les démarches et références nécessaires auprès de l'autre CLSC.

Réciproquement, le CLSC du lieu de résidence de l'élève qui nécessite un suivi en milieu scolaire dans une école hors de son territoire doit s'assurer de faire les démarches et références nécessaires auprès de l'autre CLSC.

Dans les deux situations, les CLSC interpellés doivent assurer un suivi conjoint en fonction d'un plan de services communs.

9.4 Secret professionnel

L'infirmière, l'hygiéniste dentaire, le travailleur social et autres professionnels sont également tenus au secret professionnel conformément au Code de déontologie de leur ordre professionnel et ne peuvent révéler de renseignements obtenus de façon confidentielle au personnel de l'école qu'avec l'autorisation de l'élève de 14 ans et plus ou du titulaire de l'autorité parentale pour l'élève de moins de 14 ans. Cependant, comme membre d'une équipe pluridisciplinaire en milieu scolaire, le personnel du CLSC partage avec ses partenaires de l'école les renseignements nécessaires à l'établissement et à la poursuite d'un plan d'intervention visant la solution des problèmes présentés par l'élève. Il s'agit là d'un domaine complexe dans lequel l'intervenant doit user de son jugement professionnel et tenir compte des règles d'éthique et des lois en vigueur.

10. RECHERCHE ET ÉVALUATION

Le milieu scolaire peut être propice à la recherche. Ces recherches peuvent porter sur l'identification des problèmes et des besoins de santé des jeunes.

D'autre part, des recherches porteront sur des stratégies d'interventions préventives ou curatives. Plusieurs programmes de santé font l'objet d'une évaluation.

Que ce soit pour la recherche ou l'évaluation, les Commissions scolaires et les écoles doivent donner leur consentement. Afin d'obtenir la collaboration du milieu scolaire, les méthodes de recherche et d'évaluation doivent être souples et parlantes pour le milieu. De plus, des mécanismes de diffusion des résultats doivent faire partie de la planification de la mise en oeuvre de la recherche et de l'évaluation.

BIBLIOGRAPHIE

1. TESSIER, Monique. *Tronc commun des activités en CLSC pour la clientèle 5-11 ans et leur famille*. Services multicientèles de première ligne, Direction de la programmation et coordination, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Avril 1995.
2. *Rapport AS-471* des CLSC de Montréal-Centre au 31 mars 1995.
3. Tableau-synthèse des services de base des CLSC dans les écoles, Annexe 1.
4. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Les priorités régionales 1995-1998. Recommandations du comité des priorités régionales*, document de support, version révisée du 8 décembre 1994, 67 pages.
5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION. *Les services de santé et les services sociaux en milieu scolaire - Guide en vue d'assurer une action concertée entre les CLSC et les organismes scolaires*. Gouvernement du Québec, 1993, 47 pages.
6. Définitions : intégral et optimal.
7. RÉGIME PÉDAGOGIQUE DE L'ÉDUCATION PRÉSCOLAIRE ET DE L'ENSEIGNEMENT PRIMAIRE ET RÉGIME PÉDAGOGIQUE DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE. (Décrets 73-90 et 74-90, 24 janvier 1990, art. 14 et 15).
8. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *L'état de santé et de bien-être de la population de Montréal-Centre*. Direction de la santé publique, Avril 1994. Annexe 1 - Données du recensement 1991.
9. LANGLOIS, S. *La société québécoise en tendances 1960-1990*. Institut québécois de recherche sur la culture, Québec, 1990.
10. RIBERDY, Hélène. *Recueil statistique - Données du recensement de 1991. Données du J36, série A. Territoire de CLSC de la région de Montréal-Centre*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 1994.
11. Op. cit. 7.
12. CONSEIL SCOLAIRE DE L'ÎLE DE MONTRÉAL. *Répartition des élèves selon leur pays d'origine et celui de leurs parents et selon leur langue pour l'année scolaire 1993-1994*.
13. Note.
14. Op. cit. 9.
15. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un Québec fou de ses enfants*, Rapport du groupe de travail pour les jeunes. Gouvernement du Québec, 4^e trimestre 1991, 179 pages.
16. Op. cit. 14, p. 29.

17. Op. cit. 14, p. 105.
18. BELLEROSE, C., LAVALLÉE, C., CAMIRAND, J. *Enquête sociale et de santé 1992-1993, Faits saillants*. Santé Québec, Direction des communications, MSSS, 1994.
19. Compilation de données.
20. Op. cit. 14, p. 51.
21. COMMISSION DES ÉCOLES CATHOLIQUES DE MONTRÉAL. *Habitudes de vie au secondaire*, Rapport global, Montréal, Avril 1994.
22. MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION. *Les habitudes de vie des élèves du secondaire*. Synthèse du rapport d'étude. Direction de la recherche, 1991.
23. Op. cit. 20, p. 26.
24. Op. cit. 20, p. 30.
25. Op. cit. 3, p. 25.
26. Op. cit. 14, p. 58.
27. Op. cit. 14, p. 59.
28. Op. cit. 14, p. 59.
29. Fiche-santé (exemple-type), Annexe 2.
30. Note.
31. SANTÉ CANADA. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Guide canadien de médecine préventive*. 1994, Chap. 26 et 27, pp. 330-345.
32. Op. cit. 30, p. 344.
33. REGROUPEMENT DE DÉPARTEMENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN. *Contrôle des maladies infectieuses dans les écoles: protocole à l'intention des Commissions scolaires, des directions d'école, des parents, des enseignants et des stagiaires*. Volume 1, Politique et mesures de prévention. Bureau régional des maladies infectieuses, Novembre 1992.
34. Fiche-vaccination, Annexe 3.
35. Op. cit. 4, p. 8.
36. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Précisions sur la dispensation des services sociaux scolaires dans le cadre du transfert des CSS vers les CLSC*. Avril 1993, 24 pages.
37. Protocole d'entente-type de services professionnels entre CLSC et Commissions scolaires, Annexe 5.

38. ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES ARCHIVISTES MÉDICALES (AQAM). *Guide de gestion des usagers en milieu scolaire*. Rock Forest, 1995, 113 pages.
39. Op. cit. 38, p. 10.
40. ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES ARCHIVISTES MÉDICALES (AQAM). *Guide de rédaction d'une politique pour la gestion des dossiers des usagers en CLSC*, Avril 1993 et définition des termes "règlement OAE et RR-LSSSS".
41. Op. cit. 38, pp. 59-60.
42. Op. cit. 38, pp. 59-60.

ANNEXE 1

TABLEAU-SYNTHÈSE DES SERVICES DE BASE DES CLSC DANS LES ÉCOLES

TABLEAU-SYNTHESE
DES SERVICES DE BASE DES CLSC DANS LES ÉCOLES

SANTÉ PHYSIQUE	SANTÉ PSYCHOSOCIALE
Suivi de la santé - Fiche-santé Dépistage selon la demande individuelle et suivi Dépistage des problèmes dentaires et suivi Consultation nursing Contrôle des immunisations - Fiche-vaccination Vaccination hépatite B Toutes vaccinations prescrites par la Direction de la santé publique Éducation à la santé Consultation interprofessionnelle Intervention préventive	Intervention préventive Promotion de conditions favorables au maintien d'une qualité de vie dans l'école Accueil des demandes Consultation interprofessionnelle Évaluation et suivi psychosocial Intervention en situation de crise

ANNEXE 2

FICHE-SANTÉ (exemple-type)

EXAMPLE

HEALTH RECORD

This record contains basic information on your child's state of health. We need this information in order to ensure the best possible learning environment and to enable a rapid and appropriate response in an emergency.

The record will be kept in the student's record. It is available to the staff of the CLSC (nurse, social worker), the teaching staff and the person in charge of first aid, if necessary. This card is valid for one year and must be completed at the beginning of each school year. It will be destroyed at the end of the year.

SCHOOL YEAR : _____ - _____

1. PERSONAL INFORMATION

STUDENT (FAMILY NAME) : _____ (FIRST NAME) : _____
 PRINCIPAL ADDRESS : _____ APT. : _____
 CITY : _____ POSTAL CODE : _____
 TELEPHONE : _____ DATE OF BIRTH : Y ____ /M ____ /D ____ SEX : F ☐ M ☐
 MEDICARE CARD NUMBER : _____ EXPIRY DATE : Y ____ /M ____
 BIRTH PLACE : _____
 DATE OF ARRIVAL IN QUÉBEC (if student is born elsewhere) : _____
 MOTHER TONGUE(S) : _____ SPOKEN AT HOME : _____
 CURRENT GRADE : _____ HOMEROOM (secondary) : _____
 NAME OF SCHOOL : _____
 SCHOOL ATTENDED LAST YEAR : _____
 CITY OR MUNICIPALITY : _____

STUDENT LIVES WITH : FATHER AND MOTHER ☐ FATHER ONLY ☐ MOTHER ONLY ☐ JOINT CUSTODY ☐
 GUARDIAN ☐

FATHER (FAMILY AND FIRST NAME) : _____
 ADDRESS : _____ TEL. - WORK : _____
 TEL. - HOME : _____
 MOTHER (FAMILY AND FIRST NAME) : _____
 ADDRESS : _____ TEL. - WORK : _____
 TEL. - HOME : _____
 GUARDIAN, if applicable (FAMILY AND FIRST NAME) : _____
 RELATIONSHIP WITH STUDENT : _____
 ADDRESS : _____ TEL. - WORK : _____
 TEL. - HOME : _____

2. EMERGENCY (IF THE PARENTS CANNOT BE REACHED)

FAMILY NAME : _____ FIRST NAME : _____
 RELATIONSHIP WITH STUDENT : _____ TEL. - HOME : _____ TEL. - WORK : _____
 IF NECESSARY, I AUTHORIZE THE SCHOOL STAFF TO DISPENSE FIRST-AID CARE TO MY CHILD. IN AN EMERGENCY, IF IT IS IMPOSSIBLE TO REACH THE PARENTS OR GUARDIANS, I AUTHORIZE THE NURSE AND PHYSICIAN TO ENSURE THAT MY CHILD RECEIVES THE EMERGENCY CARE REQUIRED. IN AN EMERGENCY, THE COST OF AMBULANCE TRANSPORT WILL BE CHARGED TO THE PARENTS OR GUARDIANS.

SIGNATURE OF THE PARENTS OR GUARDIANS : _____ DATE : _____



IMPORTANT : COMPLETE THE OTHER SIDE



Identify your child's health problems with a check mark (✓). Specify the follow-up by a physician or specialist, the corrected problem(s) and medication.

4. INFORMATION ON THE STUDENT'S HEALTH

HEALTH PROBLEM(S) PHYSICAL OR PSYCHOSOCIAL		FOLLOW-UP BY A PHYSICIAN OR SPECIALIST (indicate the name)	CORRECTED PROBLEM(S) (specify)	MEDICATION (specify)
VISION	✓			
HEARING				
LANGUAGE				
DENTITION				
ASTHMA				
DIABETES				
EPILEPSY				
CARDIAC				
EMOTIONAL/SOCIAL DIMENSION				
OTHER(S) (neurological, digestive problem, physical handicap)				

ALLERGIES : PEANUTS ☐ FEATHERS ☐ EGGS ☐ ANTIBIOTICS ☐ INSECT STINGS ☐
OTHER(S) (specify) _____

TYPE OF REACTION : _____

USE OF THE EpiPen® AUTO-INJECTOR ☐ MEDICATION : USE OF CORTISONE ☐
OTHER(S) (specify) _____

◆NOTE◆ : IF YOUR CHILD SUFFERS FROM AN ALLERGY THAT COULD PLACE HIS/HER LIFE IN DANGER, PLEASE INFORM THE SCHOOL ADMINISTRATION. FOR ANY CHANGE IN YOUR CHILD'S HEALTH DURING THE YEAR, CONTACT THE SCHOOL IMMEDIATELY.

ADDITIONAL RECOMMENDATIONS OR INFORMATION :

5. PHYSICAL EDUCATION

FOR ANY EXEMPTION FROM THE PHYSICAL EDUCATION COURSE RELATED TO A HEALTH PROBLEM, A RECENT MEDICAL CERTIFICATE IS REQUIRED.

6. AUTHORIZATION

I AUTHORIZE THE NURSE AND ANY OTHER MEMBER OF THE SCHOOL STAFF TO EXAMINE THE INFORMATION CONTAINED IN THIS CARD.

SIGNATURE OF THE PARENTS OR GUARDIANS : _____ DATE : _____

7. INFORMATION FOR USE BY THE SCHOOL



EXEMPLE-TYPE FICHE-SANTÉ



Cette fiche fournit de l'information de base sur l'état de santé de votre enfant. Ces renseignements nous sont nécessaires afin de favoriser les meilleures conditions possibles d'apprentissage et aussi nous permettre une intervention rapide et adéquate en cas d'urgence.

La fiche sera gardée au dossier de l'élève. Elle est à la disposition du personnel du CLSC (infirmière, travailleur social), du personnel enseignant et du responsable des premiers soins, au besoin. Cette fiche est valable pour un an, elle doit être complétée au début de chaque année scolaire, et sera détruite à la fin de l'année scolaire.

ANNÉE SCOLAIRE : _____ - _____

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

ÉLÈVE (NOM) : _____ (PRÉNOM) : _____

ADRESSE PRINCIPALE : _____ APP. : _____

VILLE : _____ CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE : _____ DATE DE NAISSANCE : A ____ / M ____ / J ____ SEXE : F ☐ M ☐

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : _____ DATE D'EXPIRATION : A ____ / M ____

LIEU DE NAISSANCE : _____

DATE D'ARRIVÉE AU QUÉBEC (si l'élève est né ailleurs) : _____

LANGUE(S) : MATERNELLE _____ PARLÉE À LA MAISON : _____

CLASSE SCOLAIRE ACTUELLE : _____ FOYER (secondaire) : _____

NOM DE L'ÉCOLE : _____

ÉCOLE FRÉQUENTÉE L'AN DERNIER : _____

VILLE OU LOCALITÉ : _____

L'ÉLÈVE DEMEURE AVEC : PÈRE ET MÈRE ☐ PÈRE SEULEMENT ☐ MÈRE SEULEMENT ☐ GARDE PARTAGÉE ☐
TUTEUR ☐

PÈRE (NOM ET PRÉNOM) : _____

ADRESSE : _____ TÉL. AU TRAVAIL : _____

TÉL. AU DOMICILE : _____

MÈRE (NOM ET PRÉNOM) : _____

ADRESSE : _____ TÉL. AU TRAVAIL : _____

TÉL. AU DOMICILE : _____

TUTEUR, s'il y a lieu (NOM ET PRÉNOM) : _____

LIEN AVEC L'ÉLÈVE : _____

ADRESSE : _____ TÉL. AU TRAVAIL : _____

TÉL. AU DOMICILE : _____

2. URGENCE (SI LES PARENTS NE PEUVENT ÊTRE REJOINTS)

NOM : _____ PRÉNOM : _____

LIEN AVEC L'ÉLÈVE : _____ TÉL. MAISON : _____ TÉL. TRAVAIL : _____

EN CAS DE SITUATION DE MALAISE, J'AUTORISE LE PERSONNEL DE L'ÉCOLE À DISPENSER LES PREMIERS SOINS À MON ENFANT. EN CAS D'URGENCE, J'AUTORISE L'INFIRMIÈRE ET LE MÉDECIN À S'ASSURER QUE MON ENFANT REÇOIVE LES SOINS D'URGENCE REQUIS, S'IL EST IMPOSSIBLE DE REJOINDRE LES PARENTS OU TUTEURS. LES FRAIS DE TRANSPORT AMBULANCIER, EN CAS D'URGENCE, SONT À LA CHARGE DES PARENTS OU TUTEURS.

SIGNATURE DES PARENTS OU TUTEURS : _____ DATE : _____



IMPORTANT : COMPLÉTER LE VERSO



Identifier par un crochet (✓) le(s) problème(s) de santé de votre enfant. Précisez le suivi par un médecin ou un spécialiste, le(s) problème(s) corrigé(s) et la médication.

4. INFORMATIONS SUR LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE				
PROBLÈME(S) DE SANTÉ PHYSIQUE OU PSYCHOSOCIALE	✓	SUIVI PAR UN MÉDECIN OU SPÉCIALISTE (précisez le nom)	PROBLÈME(S) CORRIGÉ(S) (précisez)	MÉDICATION (précisez)
VISION				
AUDITION				
LANGAGE				
DENTITION				
ASTHME				
DIABÈTE				
ÉPILEPSIE				
CARDIAQUE				
DIMENSION PSYCHOSOCIALE				
AUTRE(S) (problème neurologique, digestif, handicap physique)				

ALLERGIES : ARACHIDES ☐ PLUMES ☐ OEUFS ☐ ANTIBIOTIQUES ☐ PIQÛRES D'INSECTES ☐
AUTRE(S) (précisez) _____

TYPE DE RÉACTION : _____

USAGE DE L'AUTO-INJECTEUR EpiPen® ☐ MÉDICATION : USAGE DE LA CORTISONE ☐
AUTRE(S) (précisez) _____

♦ATTENTION♦ : SI VOTRE ENFANT SOUFFRE D'UNE ALLERGIE QUI PEUT METTRE SA VIE EN DANGER, S.V.P. INFORMEZ LA DIRECTION DE L'ÉCOLE. POUR TOUT CHANGEMENT DANS L'ÉTAT DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT DURANT L'ANNÉE, COMMUNIQUEZ AVEC L'ÉCOLE SANS DÉLAI.

RECOMMANDATIONS OU INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES :

5. ÉDUCATION PHYSIQUE

POUR TOUTE EXEMPTION AU COURS D'ÉDUCATION PHYSIQUE LIÉE À UN PROBLÈME DE SANTÉ, UN CERTIFICAT MÉDICAL RÉCENT EST EXIGÉ.

6. AUTORISATION

J'AUTORISE L'INFIRMIÈRE ET TOUT AUTRE PERSONNEL DE L'ÉCOLE À PRENDRE CONNAISSANCE DE L'INFORMATION CONTENUE DANS LA PRÉSENTE FICHE.

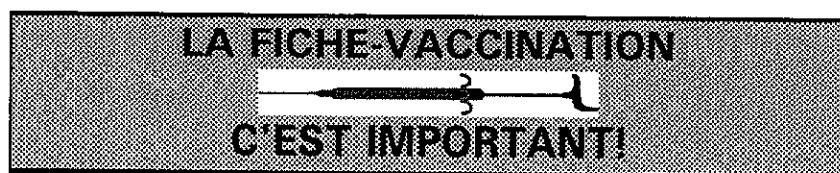
SIGNATURE DES PARENTS OU TUTEURS : _____ DATE : _____

7. INFORMATION À L'USAGE DE L'ÉCOLE

ANNEXE 3

FICHE-VACCINATION

EXEMPLE-TYPE



NOM DE L'ÉCOLE : _____

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

ÉLÈVE (NOM) : _____ (PRÉNOM) : _____

DATE DE NAISSANCE : A ____ / M ____ / J ____

SEXE : F ☐ M ☐

2. INFORMATIONS SUR LA FICHE-VACCINATION

Des maladies comme la rougeole, la rubéole, la coqueluche se répandent rapidement dans une école, même quand la plupart des enfants sont vaccinés. C'est donc important de savoir qui est vacciné et qui ne l'est pas quand une maladie contagieuse affecte un enfant dans une classe.

Certains enfants peuvent ne pas avoir reçu certains vaccins mais ne pas le savoir. L'infirmière de l'école peut aider les parents à s'assurer que les vaccinations de leur enfant ont été complétées.

Les enfants non vaccinés adéquatement risquent d'être exclus de l'école en cas d'apparition de maladies contagieuses de même que les enfants dont le statut vaccinal est inconnu.

3. AUTORISATION

J'ai lu l'information sur la fiche-vaccination et j'autorise l'infirmière de l'école à transmettre l'information sur le statut vaccinal de mon enfant à la Direction de la santé publique.

SIGNATURE DES PARENTS OU TUTEURS : _____ DATE : _____

TÉLÉPHONE : _____ MAISON : _____ TRAVAIL : _____

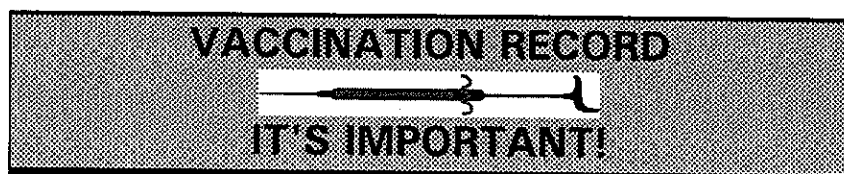


IMPORTANT : COMPLÉTER LE VERSO



[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

EXAMPLE



NAME OF THE SCHOOL : _____

1. PERSONAL INFORMATION

STUDENT (FAMILY NAME) : _____ (FIRST NAME) : _____

DATE OF BIRTH : Y ____ / M ____ / D ____

SEX : F ☐ M ☐

2. INFORMATION ON THE VACCINATION CARD

Diseases such as **measles, german measles and pertussis (whooping cough)** spread rapidly in a school, even if most of the children have been vaccinated. So, when a contagious disease affects a child in a classroom, **it is important to know who has been vaccinated and who has not.**

Some children may not have received certain vaccines without even knowing. The school nurse can help the parents make sure that their child's vaccinations have been completed.

Children who have not received the appropriate vaccinations or whose vaccination status is unknown may be asked to remain at home if a contagious disease occurs in the school.

3. AUTHORIZATION

I have read the information on the vaccination card and I authorize the school nurse to forward the information on my child's vaccination status to the Public Health Department.

SIGNATURE OF THE PARENTS OR GUARDIANS : _____ DATE : _____

TELEPHONE : HOME : _____ WORK : _____



IMPORTANT : COMPLETE THE OTHER SIDE



4. VACCINATION STATUS

Please complete the following table by referring to your child's vaccination record, or forward photocopies of pages 10, 11, 12, 13 14 and 15 of the record, which contain the vaccination dates, indicating your child's name on each photocopy.

NAME OF THE STUDENT :

PAGE 10				PAGE 13			
IMMUNIZATIONS (CONTINUED)				IMMUNIZATIONS (CONTINUED)			
DIPHTHERIA, PERTUSSIS, TETANUS, HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE b				MEASLES, RUBELLA, MUMPS (trivalent vaccine)			
VACCINE (SPECIFY BRAND NAME)	DOSE	DATE	CONFIRMATION (STAMP)	VACCINE (SPECIFY BRAND NAME)	DOSE	DATE	CONFIRMATION (STAMP)

PAGE 11				PAGE 14			
IMMUNIZATIONS (CONTINUED)				IMMUNIZATIONS (CONTINUED)			
DIPHTHERIA, PERTUSSIS, TETANUS, HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE b				HEPATITIS B			
VACCINE (SPECIFY BRAND NAME)	DOSE	DATE	CONFIRMATION (STAMP)	VACCINE (SPECIFY BRAND NAME)	DOSE	DATE	CONFIRMATION (STAMP)

PAGE 12				PAGE 15			
IMMUNIZATIONS (CONTINUED)				IMMUNIZATIONS (CONTINUED)			
POLYOMYELITIS				OTHERS VACCINATIONS			
VACCINE (SPECIFY BRAND NAME)	DOSE	DATE	CONFIRMATION (STAMP)	VACCINE (SPECIFY BRAND NAME)	DOSE	DATE	CONFIRMATION (STAMP)

ANNEXE 4

GESTION DES DOSSIERS DES USAGERS

1. Gestion des dossiers des usagers

La présente partie du programme cadre-type reprend intégralement le texte proposé dans le *"Guide de gestion des dossiers des usagers en milieu scolaire"* de l'Association québécoise des archivistes médicales (AQAM), plus spécifiquement sur les critères d'ouverture et le transfert de dossiers.³⁸

1.1 Critères d'ouverture de dossiers des usagers³⁹

«L'école est un milieu privilégié d'interventions auprès des jeunes. Le caractère de ces interventions peut être préventif, éducatif, informatif ou thérapeutique.

Toutefois, avant l'élaboration d'une politique de gestion des dossiers des usagers en milieu scolaire, le CLSC se doit de statuer sur les critères d'ouverture, tel que définit dans le règlement OAE et RR-LSSSS.⁴⁰

Ainsi,

"Un établissement fournissant des services de santé scolaire est dispensé de constituer et de tenir un dossier pour l'élève qui ne reçoit que des services de dépistage systématique ou de premiers soins et pour l'utilisateur enregistré à titre de membre d'un groupe." (Règlement OAE et RR-LSSSS, article 48)⁴¹

Par contre, une intervention faite auprès d'un élève qui nécessite l'élaboration d'un plan d'intervention, une intervention faite lors d'un dépistage positif ou sélectif, un signalement à la DPJ, une vaccination, une évaluation ou tout autre acte professionnel jugé significatif incluant les soins en situation d'urgence, entraîne l'ouverture d'un dossier individuel. Toutefois, si, durant le suivi (existence d'un dossier), il y a une

³⁸ Association québécoise des archivistes médicales (AQAM). *«Guide de gestion des dossiers des usagers en milieu scolaire»*. Mai, 1995, Chap. 6., 6.1, p. 10 et Chap. 10, 10.10, pp. 59-61.

³⁹ Op. cit. 38, p. 10.

⁴⁰ *"Guide de rédaction d'une politique pour la gestion des dossiers des usagers en CLSC"*, AQAM, avril 1993, p. 17.

Définition des termes "règlement OAE et RR-LSSSS" : Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements et des Régies régionales en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives.

⁴¹ L'article 48 du projet de règlement OAE et RR-LSSSS n'a pas été adopté. Le lecteur doit se référer à l'article 51 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements. L'article 51 se lit comme suit : *Lorsqu'un établissement fournit des services à un bénéficiaire enregistré, il n'est pas tenu d'ouvrir un dossier mais il doit inscrire le nom du bénéficiaire et la nature des services fournis dans un registre tenu à cette fin. Un établissement fournissant des services de santé scolaire n'est pas tenu d'ouvrir un dossier aux personnes ne recevant que ces services.*

Les services fournis par un établissement à un travailleur en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (L.R.Q., c.S-2.1) ne nécessitent pas l'ouverture d'un dossier au sens du présent règlement. Mod. Décret 545-86 du 23.04.86 (1986) 118 G.O. 2 no 20, 1309. Date : 14-05-86.

intervention ponctuelle sans lien avec le plan d'intervention ou avec tout autre élément énuméré au paragraphe précédent, l'activité sera inscrite au registre des interventions en milieu scolaire... (Chap. VIII du document de l'AQAM). Afin d'atteindre l'objectif d'uniformité, l'AQAM recommande l'ouverture d'un dossier lorsqu'il y a eu, pour la même problématique faite à l'égard du même enfant, plus de deux activités ponctuelles.

1.2 Transfert du dossier des usagers⁴²

1.2.1 Définition de transfert

Le volume "Accès légal aux dossiers de santé des usagers" de M^e Jean-Guy Fréchette, détermine clairement la notion de transfert à la Règle 41, au point 41.2 :

Pour qu'il y ait transfert d'un établissement à un autre établissement...il doit y avoir entente verbale ou écrite entre deux établissements. Cette entente est à l'effet que l'établissement qui a présentement un usager admis ou inscrit obtient d'un autre établissement, son consentement à accueillir le même usager à titre d'usager admis ou inscrit. Il est donc certain qu'il peut y avoir transfert aussi bien d'un usager inscrit que d'un usager admis, pourvu que ce même usager devienne inscrit ou admis de l'autre établissement... En somme, pour qu'il y ait "transfert" au sens de la loi, il faut

- a) que l'opération de transfert ait lieu entre deux établissements régis par la Loi sur les services de santé et les services sociaux peu importe que les deux établissements en cause soient de catégorie identique ou différente;*
- b) que les deux établissements se soient entendu pour qu'il y ait transfert.*

Lors d'un transfert, l'obligation de faire parvenir un sommaire des données pertinentes du dossier dans les 72 heures suivant le transfert repose sur l'article 33 du Règlement OAE et RR-LSSSS qui édicte ce qui suit :

"Lors du transfert d'un usager, l'établissement auprès duquel l'usager est admis ou inscrit doit faire parvenir à l'établissement où l'usager est transféré un sommaire des données pertinentes de son dossier dans les 72 heures suivant le transfert. Les documents nécessaires pour assurer la continuité des services doivent accompagner l'usager."

⁴² Op. cit. 38, p. 59-60.

1.2.2 Le transfert dans une école du même territoire

Lorsque l'utilisateur quitte pour une école à l'intérieur du territoire du CLSC, la notion de transfert revêt une importance moindre.

La responsabilité du dossier étant sous le même CLSC, l'utilisateur verra tout simplement son dossier acheminé à l'intervenant assigné à la nouvelle école.

En tout temps, nul n'est besoin d'obtenir une autorisation de l'utilisateur ou d'un représentant.

1.2.3 Le transfert dans une école d'un autre territoire

Pour quelque raison que ce soit, lorsqu'un utilisateur se dirige vers une école à l'extérieur du territoire, la notion de transfert telle que définie au point 10.10.1⁴³ prend ici toute son importance.

En effet, aucune autorisation de communiquer des renseignements ne sera nécessaire si l'on retrouve l'ensemble de ces conditions :

- *le transfert est l'initiative de l'établissement qui intervient ou intervenait auprès de l'utilisateur (établissement référent);*
- *entente verbale ou écrite entre l'établissement référent et l'établissement receveur. Donc, s'assurer qu'il y aura un suivi;*
- *l'utilisateur doit être inscrit à l'établissement référent et devra être inscrit à l'établissement receveur;*
- *les deux établissements sont régis par la LSSSS;*
- *le dossier doit être actif avant le transfert.*

Conséquemment, si l'une de ces conditions n'est pas rencontrée, il n'y aura pas "transfert" au sens de la loi et aucune information ne peut être divulguée ou transmise sans une autorisation écrite de communiquer des renseignements de l'utilisateur ou de son représentant.

Il importe qu'une entente verbale avec l'utilisateur ou le titulaire de l'autorité parentale est un pré-requis au transfert. Par ailleurs, l'AQAM recommande que le dossier de l'utilisateur reflète en détail chacune des étapes ou s'il y a lieu, le refus du transfert par l'un ou l'autre des partis.»

⁴³ Op. cit. 38, p. 59-60.

1.3 Confidentialité des dossiers

Le personnel à l'emploi d'un CLSC est assujéti à l'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui établit l'obligation à la confidentialité des dossiers même s'il oeuvre à l'extérieur des lieux de l'établissement. Il est donc soumis aux règles de politiques et procédures en vigueur dans son établissement concernant la tenue des dossiers et la circulation des renseignements.

Les dossiers ou partie de dossiers doivent être conservés dans un classeur qui ferme à clé et lorsque, pour des fins professionnelles, un dossier ou une partie de dossier de l'utilisateur doit être transporté d'un lieu de travail à un autre, le personnel le transporte dans une enveloppe scellée portant l'adresse du CLSC.

Le dossier lui-même n'est pas accessible aux professionnels du milieu scolaire sans autorisation écrite de l'utilisateur ou de son titulaire.

Le Comité régional de coordination recommande, pour ce qui a trait aux procédures d'ouverture, du délai d'ouverture, du contenu et de la conservation du dossier, que le personnel du CLSC en milieu scolaire se conforme aux règles et politiques en vigueur dans le CLSC.

ANNEXE 5

PROTOCOLE D'ENTENTE-TYPE DE SERVICES PROFESSIONNELLS ENTRE UN CLSC ET UNE COMMISSION SCOLAIRE

**pour assurer des services de santé et des services sociaux
aux élèves de la Commission scolaire**

PROTOCOLE D'ENTENTE-TYPE DE SERVICES

ENTRE UN CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES (CLSC)

ET UNE COMMISSION SCOLAIRE

**pour assurer des services de santé et des services sociaux
aux élèves de la Commission scolaire**

PROTOCOLE D'ENTENTE-TYPE DE SERVICES

ENTRE : LA COMMISSION SCOLAIRE _____, corporation légalement constituée, ayant son siège social au numéro _____, en la ville de _____, représentée aux présentes par _____, directeur général, à ce dûment autorisé en vertu d'une résolution adoptée par le conseil d'administration de ladite corporation à son assemblée tenue le ____^{ième} jour de _____, 199____, dont copie certifiée de ladite résolution demeure annexée aux présentes, après avoir été reconnue véritable et signée par ledit représentant,

ci-après appelée "La Commission"

ET : LE CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES _____, corporation légalement constituée, ayant son siège social au numéro _____, en la ville de _____, représentée aux présentes par _____, directeur général, à ce dûment autorisé en vertu d'une résolution adoptée par le conseil d'administration de ladite corporation à son assemblée tenue le ____^{ième} jour de _____, 199____, dont copie certifiée de ladite résolution demeure annexée aux présentes, après avoir été reconnue véritable et signée par ledit représentant,

ci-après appelé "Le CLSC"

PRÉAMBULE

ATTENDU QUE

LE CLSC LA COMMISSION

«Le CLSC et la Commission adhèrent aux principes directeurs du programme cadre-type, à la philosophie d'intervention et aux services de santé et services sociaux dispensés par le CLSC.»

ATTENDU QUE

LE CLSC

Le CLSC a comme mission d'offrir en première ligne à la population du territoire qu'il dessert des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion; (Loi sur les services de santé et les services sociaux, art. 80, (L.R.Q., c. S-4.2))

ATTENDU QUE

LA COMMISSION

La Commission procure des services éducatifs aux élèves et qu'elle estime nécessaire de conclure un protocole de services avec le CLSC afin qu'il dispense des services de santé et des services sociaux aux élèves de la Commission;

ATTENDU QUE

"Les services de santé en milieu scolaire visent, dans un environnement sain et favorable à l'adaptation ou à la réadaptation physique, à amener l'élève à se préoccuper de son état de santé et à développer chez lui un esprit critique en rapport avec ses habitudes de vie et le milieu dans lequel il vit. Ils ont également pour objet d'aider l'élève ayant des difficultés relatives à sa santé ou à sa capacité fonctionnelle, au plan physique."

"Les services sociaux en milieu scolaire visent à amener l'élève à se situer en tant que personne en constante interaction avec son environnement humain et ce, en favorisant son développement et son adaptation dans ses relations avec ses pairs, sa famille et son milieu de vie. Ces services ont également pour objet d'aider l'élève ayant des difficultés dans ses rapports sociaux."

(Régime pédagogique de l'éducation préscolaire et de l'enseignement primaire et Régime pédagogique de l'enseignement secondaire, (Décrets 73-90 et 74-90, 24 janvier 1990, art. 14 et 15))

ATTENDU QUE

"La commission scolaire établit un programme pour chaque service éducatif complémentaire et particulier visé par le régime pédagogique, sauf dans les domaines qui relèvent de la compétence d'un ministre autre que le ministre de l'Éducation."

Elle peut conclure une entente avec toute personne ou organisme sur les contenus des programmes dans les domaines qui ne relèvent pas de la compétence du ministre de l'Éducation et sur les modalités de gestion de ces programmes."

Ces programmes doivent être conformes aux objectifs prévus au régime pédagogique."

(Loi sur l'instruction publique; (L.R.Q., c. I-13.3, art. 224))

ATTENDU QUE

**LE CLSC
ET
LA COMMISSION**

La Commission et le CLSC désirent se référer, pour fins d'interprétation du présent protocole, au guide préparé conjointement par le ministère de l'Éducation et par le ministère de la Santé et des Services sociaux et intitulé : *"Les services de santé et les services sociaux en milieu scolaire, guide en vue d'assurer une action concertée entre les CLSC et les organismes scolaires"* (document de 1993);

ATTENDU QUE

LA RÉGIE

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en oeuvre et d'évaluer dans la région, les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le ministre;

(Loi sur les services de santé et les services sociaux, art. 340, L.R.Q., c S-4.2)

ET COMPTE TENU DE CE QUI PRÉCÈDE :

la volonté des différentes parties au protocole est d'offrir les meilleurs services de santé et de services sociaux disponibles en fonction des besoins des élèves et des ressources humaines et financières;

sous réserve des considérations énoncées dans le préambule, considérations qui font partie des dispositions du présent protocole, les parties conviennent de ce qui suit :

1. Objet du protocole

Définir les obligations et les responsabilités des parties impliquées dans la planification, la coordination, l'organisation, l'évaluation et la dispensation des services de santé et des services sociaux.

2. Responsabilités de la Commission

- 2.1 Au printemps de chaque année, informer le CLSC de la clientèle scolaire à desservir et de besoins en services de santé et services sociaux des élèves des écoles du territoire. Préciser pour chacune de ses écoles dans quelle langue, soit le français, soit l'anglais, les services doivent être rendus et la documentation distribuée.
- 2.2 Convenir avec le CLSC des modalités d'application des programmes de services de santé et de services sociaux à offrir aux élèves, en conformité avec le programme déterminé régionalement.
- 2.3 Se donner une politique de premiers soins, en assumer l'application et fournir le matériel requis.

- 2.4 Participer à l'évaluation des programmes et des modalités d'application de ces programmes.
- 2.5 Fournir au CLSC, avant le début de l'année scolaire, le nom du répondant des services de santé et des services sociaux de la Commission ainsi que les noms des directions d'école.
- 2.6 Promouvoir, par l'intermédiaire des directions d'écoles, la participation et l'intégration fonctionnelles du personnel des services de santé et des services sociaux au sein du personnel scolaire et voir, notamment, à accueillir le personnel du CLSC et à l'informer des politiques, règlements et coutumes des écoles.
- 2.7 Informer le personnel du CLSC qui travaille dans les écoles, de l'existence de ses programmes d'aide personnelle aux élèves lorsqu'ils comportent des aspects reliés aux besoins socio-sanitaires des élèves.
- 2.8 Fournir le personnel de secrétariat nécessaire à l'application des programmes de services de santé et de services sociaux selon les ressources disponibles (annexe I).
- 2.9 Gérer les conditions de travail de son personnel de secrétariat.
- 2.10 Informer le CLSC de son calendrier scolaire et s'entendre sur un calendrier des présences du personnel des services de santé et des services sociaux dans les écoles.
- 2.11 Transmettre au CLSC toute plainte relative au personnel des services de santé et des services sociaux en milieu scolaire. La Commission peut demander de nouvelles affectations pour des motifs sérieux et raisonnables.
- 2.12 Fournir les locaux, le mobilier et l'ameublement nécessaires à l'application du programme de services de santé et de services sociaux et à la garde des dossiers du personnel du CLSC (annexe II).
- 2.13 Assurer la garde matérielle des informations confidentielles des élèves suivis par une ressource du CLSC à l'intérieur d'une école de la Commission. Celle-ci met à la disposition du personnel du CLSC un classeur fermé à clef et reconnaît que son usage est exclusivement réservé au personnel du CLSC. La Commission ne peut être contrainte de reconstituer les informations perdues, détruites ou endommagées de quelque façon que ce soit.
- 2.14 S'engager à indiquer clairement dans toute publication de documents pertinents, que le personnel des services de santé et services sociaux relève du CLSC.

3. Responsabilités du CLSC

- 3.1 Identifier, en collaboration avec la Commission et la Direction de l'école, les besoins en services de santé et services sociaux des écoles de son territoire.
- 3.2 Appliquer les programmes de santé et services sociaux et convenir avec la Direction de l'école de ses modalités d'application en tenant compte des besoins identifiés par la Commission.
- 3.3 Allouer, aux écoles de la Commission du territoire du CLSC, le personnel visé par l'application du programme de services de santé et des services sociaux (incluant la formation et les réunions), sur la base des ressources dont il dispose au moment de la signature du présent protocole et après consultation de la Commission.
- 3.4 Fournir à la Commission, avant le début de l'année scolaire, le nom du répondant des services en milieu scolaire ainsi que les noms, les qualifications et les lieux de travail du personnel des services de santé et des services sociaux.
- 3.5 Gérer les conditions de travail du personnel des services de santé et des services sociaux et effectuer l'évaluation de son personnel.
- 3.6 Faciliter l'intégration et la participation du personnel du CLSC à la démarche éducative du personnel scolaire; le CLSC s'engage à ce que son personnel des services en milieu scolaire tienne compte des politiques et règlements de la Commission ainsi que des coutumes de l'école.
- 3.7 Effectuer l'évaluation des programmes et des modalités d'application de ces programmes en consultation avec la Commission.
- 3.8 Fournir le matériel professionnel nécessaire à l'application des programmes des services en milieu scolaire, ce qui exclut le matériel de premiers soins et le matériel de soins requis lors des consultations santé.
- 3.9 Recevoir et traiter les plaintes concernant le personnel du CLSC en fonction de la politique locale et régionale de traitement des plaintes et informer la Commission de la dite politique.
- 3.10 Le CLSC informe la Direction de l'école lorsqu'un membre du personnel est absent pour maladie ou ne peut continuer à exercer sa fonction au cours de l'année du protocole. Il remplace tout membre du personnel absent pour plus d'un mois en fonction de la disponibilité des ressources.

- 3.11 convenir avec la Direction de l'école d'un calendrier de présence du personnel dans les écoles de son territoire. Ce calendrier doit tenir compte des horaires des écoles.
- 3.12 Assumer la responsabilité du dossier des interventions confidentielles qu'il reçoit concernant les élèves, conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux.
- 3.13 Le CLSC ne peut être contraint de reconstituer les dossiers perdus, détruits ou endommagés de quelque façon que ce soit.
- 3.14 Le CLSC peut, au cours de l'année scolaire, réunir le personnel affecté au milieu scolaire, en favorisant, dans la mesure du possible, les périodes où les élèves ne sont pas à l'école. À cette occasion, le CLSC en avise directement le directeur de l'école.
- 3.15 Assurer sa collaboration dans l'organisation des services de premiers soins et participer, s'il y a lieu, à la formation du personnel de ceux-ci.
- 3.16 Dispenser les services de santé et les services sociaux en milieu scolaire et fournir la documentation selon la langue d'enseignement de l'école.

4. Responsabilités conjointes

- 4.1 Les parties contractantes conviennent de la mise en place d'un mécanisme de coordination pour :
 - 4.1.1 identifier les besoins particuliers de santé et de services sociaux selon les différents types de clientèle scolaire;
 - 4.1.2 établir un ordre de priorités des besoins identifiés;
 - 4.1.3 étudier les possibilités du CLSC de répondre aux besoins de santé et de services sociaux retenus;
 - 4.1.4 étudier les possibilités de la COMMISSION de répondre aux exigences d'application des programmes socio-sanitaires;
 - 4.1.5 veiller à la signature, à l'application et, s'il y a lieu, au renouvellement du protocole;
 - 4.1.6 procéder à l'évaluation générale des programmes établis et des services rendus par le personnel des services du CLSC, annuellement;
 - 4.1.7 concilier les exigences administratives et professionnelles du CLSC ainsi que celles de la COMMISSION, selon les lois qui régissent les signataires du protocole.

5. Dispositions administratives

5.1 Durée, modification et renouvellement :

- 5.1.1 le présent protocole est conclu pour une année scolaire, soit du 1^{er} juillet au 30 juin;
- 5.1.2 toute modification devra faire l'objet d'une entente entre les parties;
- 5.1.3 toute demande de modification au protocole devra être signifiée par écrit avant le 1^{er} avril;
- 5.1.4 si aucune demande de modification n'a été signifiée par écrit d'une partie contractante à l'autre selon la prévision de l'article 5.1.3, le protocole se renouvelle automatiquement
- 5.1.5 une partie peut donner à l'autre, avant le 1^{er} avril, un avis écrit de son intention de mettre fin au protocole, dans lequel cas, celui-ci prend fin le 30 juin suivant cet avis.

5.2 Observance du protocole de services professionnels

En cas de litige ou conflit entre les parties contractantes, la partie qui conteste la décision qui aurait été prise par l'autre partie doit procéder ainsi :

- a) doit en aviser l'autre partie par l'entremise de son représentant, celle-ci doit entreprendre les démarches nécessaires requises pour redresser la situation;
- b) si la situation ne se redresse pas, une consultation doit être faite conjointement par les parties auprès de la direction de la programmation et de la coordination de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et auprès de la Direction régionale du ministère de l'Éducation.

6. Signature des parties contractantes

En foi de quoi, les parties ont signé à _____, ce _____^{ième} jour de _____ 199 ____.

Pour la Commission

Pour le CLSC

TÂCHES DE SECRÉTARIAT

De façon générale, le personnel du CLSC requiert les services de secrétariat suivants, dans chacune des écoles :

Dactylographie

- correspondance diverse,
- projets (pour l'école).

Photocopie

Documents divers directement reliés aux programmes en application dans l'école.

Réception (pour répondre aux besoins des jeunes de l'école)

- prendre et acheminer les messages téléphoniques,
- prendre et confirmer les rendez-vous,
- réception du courrier.

Expédition

- Correspondance diverse.

COMMISSION SCOLAIRE : ESPACE ET MATÉRIEL

Minimum d'espace et de matériel requis pour assurer les services de santé et les services sociaux en milieu scolaire, niveaux primaire et secondaire.

Un local convenable qui pourrait contenir :

- 1 balance métrique (bureau infirmière)
- 1 panier à rebuts
- 1 lampe sur pied
- 1 classeur format légal avec serrure
- 1 patère murale
- 1 pupitre de travail
- 1 fauteuil
- 2 chaises
- 1 armoire de rangement avec serrure

Notes :

1. Disponibilité d'un téléphone et d'une salle d'entrevue respectant la confidentialité.
2. Accès facile à une salle de toilettes.
3. En cas d'incapacité pour la Commission scolaire de respecter l'annexe II, il devra y avoir entente entre les parties contractantes à ce sujet.

ANNEXE 6

MODALITÉS ENTOURANT LE CONSENTEMENT DES SOINS DISPENSÉS À UN MINEUR

Le 20 décembre 1996

**AUX DIRECTRICES ET AUX DIRECTEURS GÉNÉRAUX
DES ÉTABLISSEMENTS MEMBRES DE LA FCLSCQ**

**OBJET: MODALITÉS ENTOURANT LE CONSENTEMENT AUX
SOINS DISPENSÉS À UN MINEUR**

1901, de Maisonneuve ouest
Bureau 600
Montréal (Québec)
H3H 1J9
Télécopieur: 514 931-9577
Téléphone: 514 931-1448

Madame,
Monsieur,

Il arrive fréquemment que des cadres et des intervenants oeuvrant dans des programmes visant la clientèle jeunesse nous questionnent sur divers aspects reliés à leurs obligations en matière de consentement aux services dispensés aux mineurs.

Nous avons donc rédigé à leur intention un document de référence contenant les grandes lignes des principes pertinents à cette question. Par la suite, nous avons répertorié les principaux services s'adressant à la clientèle jeunesse en précisant, pour chaque type de services, si le consentement des parents ou du tuteur doit être obtenu ou non. Enfin, nous proposons aux intervenants un guide de conduite qui résume les principes énoncés dans le document.

Ce document de référence se veut donc un outil facile à consulter. Nous espérons qu'il sera utile aux intervenants et aux cadres concernés et nous vous prions donc d'en assurer la diffusion auprès de votre personnel.

Veuillez agréer, madame, monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Denis Perras
Conseiller-cadre

/cl

CONSENTEMENT AUX SERVICES DISPENSÉS À UN MINEUR

DOCUMENT DE RÉFÉRENCE

Le 19 décembre 1996

INTRODUCTION

Plusieurs intervenants du réseau s'interrogent fréquemment quant à l'obligation d'obtenir ou non le consentement préalable des parents ou du tuteur d'un mineur lorsqu'ils sont appelés à dispenser un service à ce dernier. Ils se questionnent également sur la forme (écrite ou verbale) du consentement ainsi que sur la durée pendant laquelle il demeure valide. Enfin, ils se demandent si le consentement d'un seul parent suffit ou si, au contraire, il faut obtenir le consentement des deux parents.

Nous tenterons, dans les lignes qui suivent, de répondre à ces préoccupations de la manière la plus complète possible étant entendu qu'à l'égard de certaines matières, des zones grises pourraient subsister amenant ainsi l'intervenant à user de son jugement professionnel en ayant comme objectif principal l'intérêt de l'enfant.

Afin que notre propos reflète le plus fidèlement possible la réalité vécue par les intervenants, nous avons choisi de concentrer notre analyse sur des services qui sont fréquemment utilisés par les mineurs. De plus, en deuxième partie de ce document de référence, nous suggérons aux intervenants une marche à suivre lorsqu'ils font face à une demande de services provenant d'un mineur et ce, en distinguant la situation du mineur âgé de moins de quatorze (14) ans de celle du mineur âgé de quatorze (14) ans ou plus.

PARTIE I : PRINCIPES APPLICABLES

1.1 La notion de soins

C'est l'article 11 du Code civil du Québec qui définit ce qu'est un soin et qui exige l'obtention du consentement avant de prodiguer un soin. La définition qu'on y retrouve semble, à première vue, d'application large couvrant toutes espèces d'examens, de prélèvements, de traitements ou d'interventions de nature médicale, psychologique ou sociale.

Cela étant dit, il importe, selon nous, d'interpréter l'article 11 en faisant un lien entre cet article et l'article 10 qui le précède, les deux étant situés dans le chapitre intitulé «De l'intégrité de la personne». À cet égard, l'article 10 énonce le principe que nul ne peut porter atteinte à l'inviolabilité ou à l'intégrité d'une personne sans son consentement libre et éclairé.

Nous en concluons donc que les soins qui requièrent un consentement préalable sont ceux qui constituent une forme d'atteinte à l'inviolabilité ou à l'intégrité d'une personne. Par conséquent, ce ne sont pas tous les services dispensés en milieu scolaire par les intervenants du CLSC qui nécessitent l'obtention du consentement des parents lorsque le mineur est âgé de moins de quatorze (14) ans.

Prise de contact

À titre d'exemple, un intervenant psycho-social peut avoir des rencontres avec un mineur de moins de quatorze (14) ans où ce dernier lui fait part des difficultés qu'il vit sur le plan social. À ce stade, l'intervenant ne fait qu'évaluer si une intervention est nécessaire ou non et il n'est donc pas nécessaire, selon nous, que l'intervenant obtienne, au préalable, un consentement des parents. S'il en conclue qu'une intervention auprès du jeune est requise afin de solutionner son problème, l'intervenant doit alors obtenir le consentement des parents avant d'entreprendre une telle intervention. Précisons toutefois que si la sécurité et le développement de l'enfant sont compromis au sens des articles 38 et 38.1 de la Loi sur la protection de la jeunesse, l'intervenant doit, sans tarder, faire un signalement. Bien entendu, dans ce dernier cas, aucune autorisation des parents n'est requise.

Informations et conseils

Lorsque les services rendus se présentent sous la forme d'informations ou de conseils, le consentement des parents n'est pas nécessaire puisqu'il ne s'agit pas d'une intervention qui porte atteinte à l'inviolabilité ou à l'intégrité d'une personne. Ainsi, l'infirmière qui répond à des questions sur les méthodes de contraception ou qui dispense des conseils en matière de prévention des M.T.S. n'a pas besoin d'obtenir le consentement des parents et ce, peu importe que ce type de services soit dispensé sur une base individuelle ou collective. Il en est de même pour l'hygiéniste dentaire qui organise des activités de prévention qui impliquent des gestes ne portant pas atteinte à l'inviolabilité ou à l'intégrité des mineurs.

Dépistage auditif, visuel ou dentaire

Selon nous, les activités de dépistage auditif, visuel ou dentaire telles qu'elles sont pratiquées en milieu scolaire ne sont pas des examens qui requièrent un consentement préalable au sens de l'article 11 du Code civil du Québec. En

effet, ces activités constituent davantage des observations et nous sommes d'avis que le fait d'observer si un enfant entend bien, voit bien ou a une dentition saine ne porte pas atteinte à son intégrité. Cela étant dit, si les observations faites par l'intervenant l'amène à conclure que des soins sont requis, les parents doivent en être avisés et leur consentement doit être obtenu avant d'aller plus loin lorsqu'il s'agit d'un mineur de moins de quatorze (14) ans.

Vaccination, application topique de fluor

Le caractère préventif d'une intervention ne dispense pas l'intervenant d'obtenir le consentement requis par la loi lorsque les soins dispensés constituent une atteinte à l'inviolabilité ou à l'intégrité d'une personne. Ainsi, des mesures dites préventives telles que l'application topique de fluor ou l'administration d'un vaccin sont des soins qui portent atteinte à l'intégrité d'une personne puisqu'elles impliquent l'introduction d'un corps étranger dans l'organisme humain. Dans de tels cas, le consentement des parents est requis si le mineur est âgé de moins de quatorze (14) ans.

Test de grossesse

Le test de grossesse ne nous apparaît pas comme étant un type de services qui constitue un soin au sens de l'article 11 d'autant plus que le processus utilisé ne fait pas appel à des compétences qui sont particulières aux intervenants du milieu de la santé et des services sociaux.

En effet, un tel test est disponible en vente libre, sans limite d'âge, et toute personne peut l'appliquer elle-même. Il n'implique pas non plus un prélèvement visé à l'article 11 car, rappelons-le, cet article s'applique à des actes pouvant constituer une atteinte à l'intégrité tels qu'une prise de sang, une biopsie ou une ponction lombaire. Nous croyons cependant que les parents devraient être avisés de l'état de grossesse de leur enfant mineure si le test s'avère positif compte tenu qu'une grossesse peut présenter des risques pour une mineure en bas âge.

Pilule du lendemain

En ce qui concerne ce que l'on appelle communément la «pilule du lendemain», il ne fait aucun doute qu'il s'agit d'un soin qui requiert le consentement du titulaire de l'autorité parentale lorsqu'elle est administrée à une mineure âgée de moins de quatorze (14) ans. Cependant, compte tenu qu'un tel soin doit être dispensé dans des délais relativement courts et qu'une éventuelle grossesse peut constituer une menace pour l'intégrité physique de la mineure, l'infirmière ou le médecin peut administrer la «pilule du lendemain» sans le consentement des parents lorsqu'il est impossible de rejoindre l'un d'eux dans le délai prévu pour agir. Dans un tel cas, nous croyons qu'il est nécessaire qu'un parent en soit avisé dès que possible.

Nous sommes conscients qu'il existe des situations où la mineure de moins de quatorze (14) ans, à risque de grossesse selon l'évaluation faite et craignant la réaction de ses parents, va préférer ne pas recevoir le service plutôt que de voir ses parents mis au courant de sa situation. L'intervenant est alors face à un dilemme lorsque, selon son jugement professionnel, l'intérêt de la mineure commande qu'une action soit prise. Qu'arrive-t-il si l'intervenant décide quand même d'agir sans le consentement des parents? Il est alors réputé avoir agi sans avoir obtenu le consentement exigé par la loi commettant ainsi une faute. Si des dommages résultent de cette faute, il pourra en être tenu responsable. S'il s'agit d'un employé d'un établissement, c'est l'établissement qui, ultimement, assumera la responsabilité à l'égard des dommages causés par la faute de l'intervenant. Soulignons cependant que selon la documentation médicale disponible, les risques de dommages résultant de la prise de la pilule du lendemain sont presque inexistantes.

Anovulants et autres méthodes contraceptives

La prescription d'anovulants constitue un soin au sens de l'article 11 du Code civil du Québec et requiert donc le consentement préalable des parents dans le cas d'une mineure âgée de moins de quatorze (14) ans. Il en est de même pour la pose d'un stérilet car l'introduction d'un corps étranger suppose une atteinte à l'intégrité d'une personne qui nécessite alors un consentement.

À l'opposé, la distribution de condoms ne constitue pas un acte qui peut être assimilé à un soin de sorte qu'aucun consentement des parents n'est requis même s'il s'agit d'un mineur de moins de quatorze (14) ans.

Avortement

L'avortement ainsi que les démarches préalables sont des interventions qui nécessitent le consentement préalable des parents ou du tuteur dans le cas d'une mineure âgée de moins de quatorze (14) ans.

Lorsque la mineure est âgée de quatorze (14) ans et plus, elle peut consentir seule à l'avortement qui est requis en raison de son état de santé physique ou mentale, selon l'évaluation faite par le professionnel. Même si l'évaluation de la situation révèle que l'avortement n'est pas requis par l'état de santé, la mineure peut quand même consentir seule si l'avortement ne présente pas de risques sérieux pour sa santé et s'il ne peut pas lui causer des effets graves et permanents (article 17 du Code civil du Québec).

1.2 Soins requis vs soins non requis

Le Code civil du Québec ne définit pas ce qu'est un soin requis ou non requis par l'état de santé bien qu'il prévoit des règles différentes d'application dans chaque cas. Une chose est certaine, l'intervention doit revêtir un certain caractère de nécessité en raison de l'état de santé physique ou mentale de la personne.

Certains pourraient être tentés de limiter le concept de soins requis à des soins curatifs. Nous ne croyons pas que telle soit l'intention du législateur. Ce qu'il faut déterminer selon nous, c'est la finalité recherchée par la dispensation du soin. Si le soin est donné afin de stabiliser ou d'améliorer l'état de santé d'une personne ou afin d'empêcher qu'il se détériore, on y retrouve alors une finalité thérapeutique qui peut nous amener à conclure qu'il est requis par l'état de santé. Vu sous cet angle, l'administration d'un vaccin pourrait être considérée par certains comme étant un soin requis par l'état de santé.

En somme, selon la finalité recherchée, un soin pourra être considéré soit requis, soit non requis. À titre d'exemple, si des anovulants s'avèrent nécessaires pour éviter une grossesse qui pourrait constituer un risque pour la santé d'une personne, il y a là, selon nous, une finalité thérapeutique pouvant nous amener à conclure que le soin est requis par l'état de santé. À l'opposé, les anovulants prescrits uniquement à des fins contraceptives, sans que l'état de santé ne soit mis en cause, seraient réputés être non requis par l'état de santé.

Cela étant dit, il faut noter que cette notion de soins requis ou non requis est relativement récente et que, par conséquent, nos tribunaux ne se sont pas, à notre

connaissance, penchés sur la question. Il faudra donc attendre qu'ils le fassent avant de pouvoir définir cette notion avec plus de certitude.

1.3 Qui peut consentir aux soins d'un mineur ?

L'article 14 du Code civil du Québec stipule que le consentement aux soins requis par l'état de santé d'un mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur. Cet article précise également que le mineur de quatorze (14) ans et plus peut consentir seul à ces soins.

Lorsque les soins sont non requis par l'état de santé d'un mineur de moins de quatorze (14) ans, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit y consentir. Il en est de même pour de tels soins dispensés à un mineur de quatorze (14) ans et plus lorsque les soins comportent des risques sérieux pour la santé du mineur et qu'ils peuvent lui causer des effets graves et permanents. En l'absence de tels risques sérieux ou de tels effets, le mineur âgé de quatorze (14) ans peut consentir seul.

Ce sont les parents qui sont titulaires de l'autorité parentale à moins qu'ils n'en aient été déchus par un jugement du tribunal. Le fait que la garde ait été confiée à l'un d'eux n'a pas pour effet de priver l'autre de son autorité parentale et ce dernier peut également consentir aux soins. De même, le fait qu'un mineur soit placé en famille d'accueil ne transfère pas à cette dernière l'autorité parentale et les parents, lorsque non-déchus de cette autorité, demeurent ceux qui peuvent consentir aux soins (articles 600 et 605 du Code civil du Québec). Les responsables de la famille d'accueil ne peuvent donc pas consentir à leur place, sauf s'ils sont munis d'un écrit signé des parents établissant que ce pouvoir leur a été délégué.

Soulignons également que le nouveau conjoint (marié ou non) du père ou de la mère n'est pas investi de l'autorité parentale et il ne peut donc pas consentir à la place de son conjoint aux soins requis par l'état de santé de l'enfant de son conjoint.

Le consentement d'un seul parent suffit puisque l'article 603 de Code civil stipule qu'à l'égard des tiers de bonne foi, le père ou la mère qui agit seul est réputé agir avec l'accord de l'autre. Cette présomption subsiste même lorsque les parents ne font plus vie commune. Par conséquent, un intervenant qui ignore l'opposition de l'autre parent peut agir après avoir obtenu le consentement d'un seul parent. Cependant, si l'autre parent manifeste son désaccord avant que l'intervention ne

débute ou pendant qu'elle se déroule, l'intervenant n'est plus alors considéré comme étant un tiers de bonne foi puisqu'il est dorénavant au fait de l'opposition d'un parent. Sauf dans des cas d'urgence où la vie ou l'intégrité d'un mineur est menacée (exemple: mineur à risque suicidaire élevé), l'intervenant doit alors cesser d'agir et en informer le parent qui a consenti au départ. Le parent qui désire que l'intervention se poursuive malgré l'opposition de l'autre doit s'adresser au tribunal en vertu de l'article 604 afin que ce dernier tranche la question.

Il peut donc s'avérer prudent dans certains cas de s'assurer du consentement conjoint des parents afin d'éviter de se retrouver dans la situation exposée précédemment. Cela est particulièrement vrai lors d'interventions à caractère prolongé particulièrement dans le domaine psycho-social où, parfois, les parents peuvent avoir des intérêts divergents (exemple: dispute de la garde). Afin d'éviter un bris soudain de la relation avec le mineur qui pourrait entraîner des conséquences fâcheuses pour ce dernier, il est fortement souhaitable que les deux parents soient associés à la démarche dès le départ. À cet effet, l'intervenant peut faciliter les choses en s'adressant lui-même à l'autre parent afin de lui expliquer l'importance d'intervenir auprès du mineur lorsque les relations entre les parents sont tendues.

1.4 Consentement écrit vs consentement verbal

Lorsqu'un consentement doit être donné en vertu de la loi, il n'est pas nécessaire qu'il le soit par écrit si les soins dispensés au mineur sont requis par son état de santé physique ou mentale car l'article 24 du Code civil n'exige le consentement écrit que lorsqu'il s'agit de soins non requis ou d'une expérimentation.

En milieu scolaire, le consentement verbal est suffisant dans la majorité des cas. Lorsque l'intervenant communique avec l'un des parents, il importe cependant qu'il lui explique bien les raisons pour lesquelles l'intervention est nécessaire, le type de services qui seront dispensés et le but poursuivi par l'intervention. Si les services à donner présentent des risques, il doit les divulguer. Si le consentement du parent est obtenu, l'intervenant note alors au dossier de l'enfant, le nom du parent qui a consenti, le type de services à rendre et la date où le consentement a été obtenu.

Dans certains cas, il est préférable que le consentement soit donné par écrit afin d'éviter toute ambiguïté quant à l'existence ou non d'un consentement surtout lorsque le service à rendre comporte certains risques. La vaccination est un type

de soins où il est important d'obtenir un consentement écrit. Le consentement écrit devrait apparaître sur un document qui énonce les risques associés au vaccin afin de s'assurer que le consentement est donné de manière éclairée.

Le consentement écrit peut également s'avérer utile dans le cas où les services s'échelonnent sur une longue période (exemple: programme d'application topique de fluor durant 2 ou 3 années) afin d'éviter d'avoir à se questionner sur le maintien du consentement à chaque intervention ou au début de chaque année scolaire.

1.5 Durée de la validité du consentement

La durée de validité du consentement peut varier selon les circonstances. Le Code civil du Québec et la Loi sur les services de santé et les services sociaux ne contiennent pas de dispositions établissant une durée déterminée pendant laquelle un consentement demeure valide. Il importe cependant de préciser que le consentement doit être donné à un moment suffisamment rapproché de l'intervention.

Lorsque l'intervention est à exécution successive ou prolongée, il n'est pas nécessaire d'obtenir un consentement spécifique à chaque fois qu'un geste est posé dans le cadre de cette intervention. Le consentement donné au début de l'intervention est en effet suffisant si la personne concernée a été informée suffisamment du déroulement de l'intervention tant sur le plan de son contenu que sur le plan de sa durée approximative. Le programme d'application topique de fluor, la vaccination impliquant un ou plusieurs rappels, l'intervention psychosociale nécessitant plusieurs rencontres sont des interventions à exécution successive ou prolongée.

Il est à noter cependant que le consentement qui a été donné au début d'une telle intervention peut être révoqué, même verbalement, en tout temps et ce, peu importe qu'il ait été donné par écrit ou non.

PARTIE II : GUIDE DE CONDUITE LORS D'UNE DEMANDE DE SERVICES FAITE PAR UN MINEUR

2.1 Mineur âgé de moins de quatorze (14) ans

Lorsque le service n'implique pas une atteinte à l'inviolabilité ou à l'intégrité du mineur (exemples: demande d'informations ou de conseils, rencontre de prise de contact où une demande d'aide est faite, activités de dépistage, test de grossesse), l'intervenant peut dispenser le service sans le consentement des parents.

Lorsque le service constitue un soin au sens de l'article 11 du Code civil du Québec qui implique une atteinte, bien que légitime, à l'inviolabilité ou à l'intégrité d'un mineur (exemples: vaccin, pilule du lendemain, prescription d'anovulants, suivi psycho-social), l'intervenant doit obtenir le consentement des parents avant d'agir.

S'il s'agit d'une situation d'urgence où la vie ou l'intégrité du mineur peut être menacée à défaut d'une intervention rapide (exemples : mineur en choc anaphylactique, à risques suicidaires élevés, à risque de grossesse), l'intervenant peut agir sans le consentement des parents lorsque l'un d'eux ne peut être rejoint en temps utile. Notons cependant que le caractère d'urgence ne dispense pas l'intervenant de l'obligation d'aviser les parents par la suite.

Dans le cas où le mineur exprime un refus ou de la réticence à ce que ses parents soient contactés alors que le consentement est requis, l'intervenant doit expliquer au mineur l'importance d'obtenir un tel consentement. Si le mineur refuse ainsi de recevoir le service et que l'intervenant juge qu'un tel refus présente des risques pour la santé du mineur, il doit aviser le mineur qu'il est dans l'obligation d'en informer ses parents (exemples: mineur à risques suicidaires, mineure enceinte, mineur qui consomme des drogues).

Si en raison des réticences du mineur et du caractère particulier de la situation, l'intervenant choisit d'agir sans le consentement des parents, il s'expose à des poursuites dans le cas où des dommages surviennent par la suite. À titre d'employeur, l'établissement assume cependant la responsabilité ultime et, en vertu des conventions collectives existantes, il assure la défense de l'intervenant.

Dans toute situation où le consentement des parents est exigé, l'intervenant documente adéquatement le dossier en indiquant ses tentatives en vue d'obtenir l'autorisation requise et ses justifications quant à la nécessité d'intervenir.

L'intervenant peut consulter son supérieur hiérarchique ou son remplaçant pour toutes ces situations, s'il éprouve le besoin de valider son jugement professionnel.

2.2 Mineur âgé de quatorze (14) ans et plus

Le mineur de quatorze (14) ans et plus peut consentir seul à des soins requis par son état de santé. Il peut également consentir seul à des soins non requis sauf si de tels soins présentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent causer des effets graves et permanents ce qui est plutôt exceptionnel en CLSC.

Le fait que le mineur puisse consentir seul à des soins dispense donc l'intervenant d'aviser ses parents sauf si les services nécessitent un hébergement de plus de douze (12) heures (article 14 du Code civil du Québec). Dans ce dernier cas, c'est à l'établissement qui héberge le mineur qu'il revient d'aviser les parents.

Dans certains cas cependant, l'intervenant a le devoir d'avertir les parents ou le tuteur d'un mineur placé dans une situation particulière qui comporte un risque pour sa santé ou son intégrité et ce, même si le mineur de quatorze (14) ans et plus s'y objecte.

Ainsi, lorsqu'un tel mineur refuse des soins requis par son état de santé, l'intervenant doit en aviser les parents lorsque ce refus peut porter atteinte à la vie ou à l'intégrité du mineur. Il en est de même dans le cas d'un mineur à risque suicidaire et ce, peu importe si le mineur reçoit ou non des services. Enfin, les parents ou le tuteur doivent également être informés de la situation d'un mineur qui consomme des drogues dont les propriétés font en sorte qu'une telle consommation constitue un danger pour la santé ou l'intégrité physique du mineur.

Source: Denis Perras, conseiller juridique