



De la complicité à la responsabilité

Rapport du Comité sur le continuum
de services spécialisés
destinés aux enfants, aux jeunes
et à leur famille

30 avril 2004

AVIS

Le présent rapport ne constitue pas les orientations
du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Il représente l'opinion des membres
du Comité sur le continuum de services spécialisés
destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille.
Son contenu n'engage que les membres du Comité.

Édition produite par

La Direction générale des services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible sur l'intranet du réseau de la santé et des services sociaux (<http://intranetreseau.rtss.qc.ca>) ainsi que sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux (www.msss.gouv.qc.ca). Cliquez sur la rubrique Documentation, puis cliquez à nouveau à la section Publications.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les hommes que les femmes.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Bibliothèque nationale du Canada, 2004

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille

*Lettre de transmission du rapport à madame Renée Lamontagne,
sous-ministre adjointe à la direction générale des services sociaux*

Madame la sous-ministre,

En tant que président du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille, j'ai le plaisir de vous soumettre, au nom de ses membres, le rapport final du comité. Tout au long des travaux, les membres se sont acquittés avec diligence et application du mandat que vous leur avez confié en janvier de l'an dernier, et le rapport qu'ils déposent aujourd'hui se fonde à la fois sur leur analyse du fonctionnement et des interfaces du réseau de la santé et des services sociaux, sur les écrits spécialisés en matière de services intégrés ainsi que sur leurs nombreuses réflexions et discussions.

Très conscients des enjeux et des opportunités qui se dessinent à la faveur des modifications législatives et des travaux sur la gouvernance, les membres du comité ont convenu d'accélérer leurs travaux afin que leurs propositions et recommandations puissent bénéficier du maximum d'effets souhaités.

L'ensemble des points contenus dans le mandat a été traité et vous trouverez, sous forme d'orientations ou de recommandations, les positions du comité sur les objets que vous lui avez soumis. Seul le point quatre du mandat, portant sur «le type de ressources susceptibles de répondre à un niveau de besoins spécialisés», ne trouve qu'une réponse partielle dans les travaux du comité en raison des inconnues touchant les arrimages avec les réseaux locaux et des règles qui restent à parachever concernant les enjeux financiers (notamment sur la question de l'équité interrégionale). La complexité de l'organisation de services et la spécificité des diverses interventions faisant partie du continuum de services¹ ont, par ailleurs, ajouté à la difficulté de tracer un profil détaillé des types de ressources requises dans les temps impartis. Le plan d'action prévoit cependant un mécanisme d'implantation et de suivi qui permettra de couvrir cette dimension clé des services destinés aux enfants et aux jeunes.

Il nous fera plaisir, si vous le désirez, de détailler à votre intention, l'ensemble des recommandations du présent rapport.

Espérant que les travaux du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille pourront contribuer à fournir une meilleure réponse aux besoins des enfants et des jeunes, nous vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Marc Lacour
Président du Comité sur le continuum de services
spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille

1. Comme le dit Claude Larivière, le concept de continuum de services «implique un modèle complexe de services, certains intensifs et d'autres occasionnels, certains en institution et d'autres dans la communauté ou à domicile...», «Les réseaux intégrés de services : fondements, définitions et modes d'organisation», extrait du *Guide pour soutenir le partenariat dans le secteur Famille-Enfance-Jeunesse*, ACCQ-ACJQ, 2001, p. 41.

En dépit d'une bonne volonté à peu près générale, la plupart des interventions dans le domaine infantile sont ponctuelles, reposent sur des idéologies profondément différentes, sont rarement complémentaires. Elles entrent souvent en rivalité; elles donnent généralement peu de places à des actions de longue durée; elles tendent à découper l'enfant en secteurs éloignés; elles se préoccupent rarement de ce qui a été fait antérieurement pour aller si possible dans le même sens; elles débouchent sur des prises de position contradictoires au niveau idéologique; elles ne s'appuient que fort rarement sur des vérifications scientifiques dans le domaine des résultats obtenus.

Quelle que soit la valeur potentielle de nos moyens d'action, rien ne peut se faire sans une continuité de présence auprès de ceux qui sont en difficulté. Nos divergences, nos fragmentations, nos changements de responsabilités, la lourdeur de nos structures, le manque de liens entre les différents organismes, etc., déclenchent une véritable plaie, celle de la rupture de relations établies entre l'intervenant et le bénéficiaire.

*Dr Michel Lemay, Convergences et divergences
entre les praticiens de l'enfance en difficulté.*

Crédits et remerciements

La réflexion et les travaux qui ont mené à la production du présent rapport ont été le fruit d'un travail collectif pour lequel l'ensemble des participantes et des participants sont vivement remerciés.

Le Comité² sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille, mis sur pied en janvier 2003, a tenu au total neuf rencontres³ pour s'acquitter de son mandat. Présidé au départ par madame Louise Massicotte, celle-ci a dû se désister, en raison de contraintes de nature administrative et elle a été remplacée par monsieur Marc Lacour, de la Direction générale des services à la population du ministère de la Santé et des Services sociaux qui, à compter de mai 2003, a assumé la présidence du comité et vu à ce que les travaux déjà amorcés soient menés à bien.

Le comité a été formé avec le souci d'assurer une représentation des principaux acteurs du réseau jouant un rôle dans les services de santé et les services sociaux offerts aux jeunes en difficulté et à leur famille. Y sont ainsi représentés les secteurs des CLSC, des centres jeunesse, de la déficience intellectuelle et des troubles envahissant du développement, de la déficience physique, de la santé mentale et de la toxicomanie. Certains experts, désignés par le Ministère, ont par ailleurs accepté de participer et d'enrichir la démarche du comité.

Les Associations qui ont mandaté des représentants, proposé des formulations d'offre de services et validé ou documenté certaines des orientations sont également remerciées.

Les membres du comité tiennent également à exprimer leur reconnaissance à monsieur Jean Boudreau, qui a assumé la rédaction du présent document en tentant constamment de rendre avec clarté et rigueur les multiples et parfois complexes échanges du comité.

Nos remerciements s'adressent enfin à mesdames Sonia Jean, Céline Fréchette et Régine Gagnon, qui ont offert un soutien technique fort appréciable au comité.

2. Pour la composition du comité, se référer à l'annexe II.

3. Les neuf rencontres se sont déroulées sur un total de quinze journées de travail.

LE MANDAT DU COMITÉ EN BREF⁴

Origine et contenu du mandat

Dans le cadre de sa *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, rendue publique en 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux se donnait une stratégie intégrée visant à encadrer l'ensemble de ses actions destinées aux jeunes en difficulté. Cette stratégie était l'aboutissement d'une démarche collective associant de multiples partenaires travaillant auprès des enfants et des jeunes du Québec et s'appuyait sur les avis d'experts et de centaines de gestionnaires et intervenants d'expérience⁵.

Cette stratégie d'action repose essentiellement sur trois axes :

1. Prévenir les difficultés d'adaptation et de développement des jeunes à risque.
2. Consolider les services spécialisés.
3. Assurer aux jeunes et à leur famille l'accès à des services de qualité sans interruption.

Le présent rapport, bien que se rattachant à ces trois axes, se situe plus spécifiquement dans l'axe deux et se veut une réponse à l'objectif ministériel qui était de : «Définir le continuum de services spécialisés psychosociaux, de réadaptation et de santé mentale accessible aux jeunes, ainsi que l'offre de services s'y rattachant⁶». Cette orientation rejoint clairement les recommandations de la commission Clair⁷, qui a abordé à plusieurs reprises le manque de coordination entre les interventions de différents partenaires et proposé diverses façons de corriger ces difficultés; cette commission recommandait, par exemple, de confier à une seule personne dont la compétence clinique était reconnue la tâche de coordonner les services tant psychosociaux qu'intersectoriels dans le secteur jeunesse.

L'essentiel du mandat du Comité sur le continuum de services spécialisés se formule comme suit :

- o Définir clairement, en vue d'une adhésion mutuelle, la notion de continuum de services spécialisés.
- o Identifier les problèmes (besoins) des jeunes nécessitant le recours à un service spécialisé.

4. Pour la lecture intégrale du mandat, se référer à l'annexe I.

5. Ces avis ont été recueillis dans le cadre de deux forums et des quatre chantiers thématiques mis en place pour déterminer et valider les éléments de cette stratégie.

6. *Plan d'action 2002-2003*, Service de l'enfance, de la jeunesse et de la famille, p. 4. Le comité conçoit la notion de continuum de services spécialisés dans une perspective «inclusive», couvrant à la fois les champs d'intervention psychosociaux, réadaptatifs et médicaux des programmes des divers secteurs suivants : DI-TED, DP, CJ, SM et TOX.

7. Voir Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Les solutions émergentes*, MSSS, 2000, 410 p.

- o Déterminer quel est le type de ressources susceptible de répondre à des besoins nécessitant des services spécialisés, incluant, mais de façon non exhaustive, les ressources humaines, l'intervention de crise et l'intervention intensive dans le milieu.
- o Préciser quels sont les établissements mandatés pour rendre accessibles ces services.
- o Déterminer les mécanismes d'accès aux services surspécialisés.
- o Définir un plan d'action pour optimiser et consolider l'utilisation des ressources disponibles en région et favoriser des mécanismes de collaboration.
- o Assurer le suivi avec les travaux ministériels sur la clientèle éprouvant des problèmes multiples et sur les arrimages avec les différents programmes, et préciser quels sont les meilleurs moyens d'atteindre la complémentarité attendue avec les autres partenaires intersectoriels.
- o Proposer un modèle d'organisation structuré et fonctionnel du continuum de services spécialisés à privilégier dans l'ensemble du Québec, dans un avis présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	Angle d'approche du comité	13
	Principes fondateurs	15
	Contenu du rapport	16
Chapitre I	Services spécifiques et spécialisés pour les enfants et les jeunes du Québec : origine, profils et enjeux	
	De l'établissement aux réseaux de services intégrés	19
	État du réseau	20
	Examen secteur par secteur :	
	CLSC	23
	Santé mentale et services de pédopsychiatrie.....	23
	Déficiência intellectuelle et troubles envahissants du développement.....	25
	Déficiência physique.....	26
	Centres jeunesse.....	27
	Toxicomanie	29
	Jeunes présentant de multiples problèmes, les plus de 18 ans, les services de troisième ligne et les services intersectoriels	30
	Recommandation.....	31
Chapitre II	Définitions retenues et personnes visées	
	Origine des concepts utilisés	33
	Définitions	34
	Personnes visées.....	37
Chapitre III	Offre régionale des services	
	Conditions préalables	39
	Offre de services spécifiques.....	40
	Offre de services spécialisés	42
	Entente multilatérale	44
	Ratio des places d'hébergement.....	44
	Recommandations.....	50
Chapitre IV	Modalités du fonctionnement régional	
	Précision des mandats et hiérarchisation de certains services.....	51
	Mode d'accès aux services.....	53
	Rôle des équipes d'intervention jeunesse.....	54
	Suppléance suprarégionale	55
	Ententes intersectorielles.....	55
	Mécanisme régional de traitement des litiges	58
	Indicateurs	58
	Recommandations.....	59
Chapitre V	Services de troisième ligne et instituts universitaires	
	Services de troisième ligne au regard des services généraux et spécifiques	63
	Définition	64
	Services désignés.....	64
	Modalités d'accès	65
	Mécanisme de résolution de litige.....	65
	Modalités relatives au retour dans la région d'origine et à la réintégration familiale.....	65
	Reddition de comptes et indicateurs	66
	Nécessité de consolider le réseau d'instituts universitaires	66
	Recommandations	67
Chapitre VI	Plan d'action	
	Une mise en place infrangible.....	69
	Une mise en place rapide et synchronisée	70
	Une mise en place dynamique, clairement attribuée, concertée.....	71
Conclusion		75
Bibliographie		77

Annexes

Annexe I	Mandat du comité	81
Annexe II	Membres du comité sur le continuum de services spécialisés.....	83
Annexe III	Entente multilatérale de concertation entre les réseaux de services pour les enfants, les jeunes et leur famille.....	85
Annexe IV	Schéma du continuum de services destinés aux enfants et aux jeunes	89
Annexe V	Liste des recommandations du comité.....	91
Annexe VI	Sigles et acronymes utilisés.....	95

Encadrés

CLSC, quelques chiffres	23
Pédopsychiatrie en centre hospitalier, quelques chiffres	24
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, quelque chiffres.....	25
Déficience physique, quelques chiffres.....	27
Centres jeunesse, quelques chiffres	28
Toxicomanie, quelques chiffres	29

Tableaux

Places d'hébergement et lits d'hospitalisation par région et par secteur.....	45
Plan d'action proposé	73

INTRODUCTION

Investir pour les enfants constitue l'une des décisions les plus judicieuses que puisse prendre n'importe quel dirigeant, gouvernement ou communauté. Ces investissements bénéficient à l'enfant, à la famille et à la cause du développement humain durable. Il ne s'agit pas seulement de bon sens, mais aussi de logique économique.

UNICEF

Angle d'approche du comité

Les services destinés aux enfants et aux jeunes peuvent être abordés sous une multitude de facettes, selon que l'on privilégie une analyse par problématique, par type d'intervention, par programme ou en fonction des résultats souhaités. Le présent rapport, pour répondre au mandat précis qui a été confié au Comité sur le continuum de services spécialisés, est centré essentiellement sur l'organisation des services du réseau formel de la santé et des services sociaux ainsi que sur certains groupes particuliers auxquels les services de ce réseau s'adressent. Axé sur la mise en place de réseaux de services intégrés, sur le développement d'expertises conjointes et sur les solutions à apporter aux jeunes présentant de multiples problèmes, ce rapport n'abordera pas certaines problématiques cruciales, comme celle de la pauvreté, ni des volets déterminants de l'intervention, comme celui de l'apport du réseau communautaire.

La principale exigence du mandat du comité consistant à proposer un profil de services spécialisés qui permettra à tous les enfants et à tous les jeunes qui en ont besoin d'accéder à ces services, peu importe leur région d'origine. Ces services devront aussi être offerts en continuité et en complémentarité étroite avec les services de première ligne et être étroitement liés aux services spécifiques offerts aux jeunes les plus vulnérables par les réseaux locaux.

Les membres du comité ont tenu à souligner l'importance de cette articulation entre les services de première et de deuxième ligne, notamment pour ce qui touche les services psychosociaux et de réadaptation. En raison de ce lien essentiel et dans une perspective visant à assurer une réelle continuité entre les services spécifiques de première ligne et les services spécialisés, le comité a constamment associé ces deux types de services dans son analyse de l'état de la situation, dans ses propositions relatives aux profils de services souhaitables et dans ses recommandations.

Cette approche délibérément axée sur l'articulation des services vise à favoriser une évolution vers un véritable continuum de services intégrés permettant d'améliorer, tout à la fois, l'accessibilité, la continuité, la complémentarité et l'harmonisation des services. Les établissements sont appelés, au-delà d'un simple partenariat, à assumer une réelle coresponsabilité dans cette évolution. L'interconnexion des services de

première ligne et des services spécialisés de deuxième ligne doit, par ailleurs, se faire de façon opérationnelle et complémentaire avec certains services surspécialisés de troisième ligne ainsi qu'avec les services aux enfants et aux jeunes offerts par divers partenaires intersectoriels.

Au-delà de ses objectifs visant à consolider, dans toutes les régions, un continuum de services intégrés (en prenant appui sur les réseaux locaux), le comité a voulu favoriser le développement d'expertises conjointes, en facilitant l'articulation des interfaces entre les divers secteurs d'intervention. Il a aussi tenu à orienter prioritairement ses actions vers ceux qui sont considérés comme les «laissés-pour-compte» du réseau et les principales victimes des défauts d'arrimage, d'accessibilité, de continuité et de complémentarité des services spécialisés en raison des divers problèmes qu'ils éprouvent.

Pour illustrer sa démarche et la situation de ces jeunes dans le réseau de services, le comité a retenu l'image d'un modèle dit de «80/19/1%⁸». Selon ce modèle, la grande majorité (80%) des usagers recevraient actuellement des services assez bien adaptés à leurs besoins⁹, sans arrimage particulier, de la part des dispensateurs de services chargés de répondre à leur problème. Un certain pourcentage (qui serait de l'ordre d'environ 19%) présenterait des problèmes mixtes ou plus complexes, nécessitant une mise en commun d'expertises, mais permettant généralement aux jeunes concernés, grâce à une harmonisation des objectifs d'intervention entre dispensateurs de services, d'obtenir une réponse satisfaisante à leurs besoins. Le 1% restant représenterait essentiellement les enfants ou jeunes ayant de multiples problèmes qui éprouvent le plus de difficultés à recevoir des services adaptés à leurs besoins, en raison de contraintes cliniques¹⁰, financières ou en raison de l'absence des expertises requises.

Le présent rapport propose donc un modèle de services visant le groupe le plus important, comportant 80% des jeunes ayant des difficultés, de même qu'il propose des arrangements favorisant les arrimages nécessaires pour les jeunes présentant simultanément plus d'un problème (les 19%) et des orientations et mécanismes particuliers visant à résoudre les difficultés récurrentes auxquelles doivent faire face les jeunes ayant des problèmes multiples (le 1% restant).

Le comité a non seulement choisi de favoriser l'harmonisation des différentes interfaces¹¹ entre secteurs et réseaux de services, mais aussi de proposer l'élimination

8. Les proportions indiquées dans ce modèle ont principalement une valeur illustrative et heuristique. On ne peut certifier que ce modèle correspond à la réalité de l'ensemble des régions du Québec, mais une mise en rapport du nombre de jeunes ayant des problèmes multiples avec l'ensemble des jeunes visés par les divers secteurs en cause accrédite, en partie du moins, ce modèle.

9. Le principal problème pour ces jeunes est davantage lié à la restriction des ressources qu'à des difficultés de collaboration entre les établissements ; ce qui se reflète d'ailleurs par de fréquentes listes d'attente.

10. Liées en bonne partie au manque d'intégration des services et au manque d'harmonisation du réseau.

11. Le comité a produit une réflexion poussée sur l'ensemble des interfaces et sur les problèmes qui se posent : entre services de première ligne et services spécialisés, entre services spécialisés, entre

des modèles de services «en cascades». Se basant sur une approche *reconceptualisée*¹² qui élimine les frontières rigides, il sera ainsi possible de mieux répondre aux besoins particuliers des enfants et des familles afin que ceux-ci bénéficient, tout au long des diverses étapes de l'intervention, des mesures plus ou moins intensives dont ils ont besoin.

En raison du défi considérable posé, d'une part, par l'implantation d'un réseau de services intégrés, alors que le fonctionnement antérieur gravitait essentiellement autour des établissements, et, d'autre part, par les importants travaux de transformation de la gouvernance, le comité disposait de peu de balises pour le guider dans ses analyses et dans la rédaction de son rapport. Ses membres ont malgré tout tenté de fournir une analyse de la situation des services spécialisés, de formuler des orientations globales et de tracer des pistes concrètes pour aboutir à des solutions et à un modèle plus fonctionnel de même qu'à une structuration plus adéquate des services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille.

Comme plusieurs des enjeux traités dans le présent rapport sont complexes, comme les angles sous lesquels la situation peut être abordée sont multiples et comme les divers services sont en interface avec de nombreux partenaires, les orientations du comité peuvent paraître ambitieuses, et, par moments, trop détaillées ou trop imprécises. Celles-ci couvrent effectivement plusieurs angles mais elles le font afin de mieux répondre à la nature et à la diversité des problèmes posés. Aussi est-il important d'effectuer une lecture globale du rapport pour bien en saisir l'économie générale et les effets conjugués des mesures proposées. La liste des recommandations du comité, à l'annexe V, et la proposition d'un plan d'action, à la fin du chapitre VI, donnent une vue d'ensemble et facilitent la compréhension des options privilégiées par le comité. Le schéma du continuum de services destinés aux enfants et aux jeunes, présenté à l'annexe IV, donne, pour sa part, une idée des niveaux et des interconnexions des services, en relation avec la communauté et les divers secteurs d'intervention.

Principes fondateurs

Les membres du comité, conscients de l'importance des défis à relever, tant en ce qui concerne les définitions communes, l'implantation homogène, l'organisation fonctionnelle que le financement adéquat des services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille, ont tenu à souligner leurs préoccupations quant à la mise en place des moyens nécessaires et aux efforts à consentir pour augmenter la qualité de ces services. Ils ont aussi voulu, d'entrée de jeu, clairement situer les principes fondateurs sur lesquels doivent s'appuyer ces services spécialisés.

Les principes retenus sont les suivants :

services destinés aux jeunes et aux adultes, entre services régionaux et interrégionaux, entre services spécialisés et services intersectoriels.

12. Voir E.N. Stuck *et al.*, «Questioning the Continuum of Care: Toward a Reconceptualization of Child Welfare Services», *Residential Treatment for Children and Youth*, vol. 17, no 3, 2000, p.79-92.

1. La famille constitue le premier milieu de développement des enfants et les parents sont normalement les premiers responsables des réponses à leurs besoins. Les interventions spécialisées doivent donc se faire en étroite collaboration avec les parents, dans le respect de leurs diversités personnelles, familiales et culturelles.
2. La gamme des services spécialisés destinés aux enfants doit s'inscrire, dans toute la mesure du possible, dans une approche normalisante, visant l'intégration et la participation sociales.
3. Un enfant doit pouvoir compter sur des services adéquats, peu importe la nature, la complexité ou l'intensité de ses besoins. Ces services lui sont offerts par un réseau d'établissements complémentaires, imputables, solidaires et coordonnés, situés le plus près possible de son milieu de vie.
4. Les situations des enfants, des jeunes et de leur famille doivent être évaluées avec précision, en vue d'assurer l'accès au bon service, au bon moment, et afin d'éviter une aggravation de la situation. Par la suite, dès que leurs services sont requis, les établissements doivent mettre en place toutes les mesures nécessaires à la complémentarité et à la continuité des interventions.
5. La voie d'accès aux divers services destinés à la jeunesse doit être clairement établie et l'utilisateur, lorsque cela est nécessaire, doit être orienté et accompagné de façon personnalisée vers d'autres services.
6. Chaque région doit disposer sur son propre territoire, de façon comparable et équitable, d'une gamme diversifiée de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille. Chaque région doit, par ailleurs, être en mesure de donner accès à la gamme complète de services spécialisés, notamment grâce à des ententes interrégionales.
7. Des mécanismes locaux et régionaux bien identifiés doivent permettre de régler tout litige qui pourrait éventuellement survenir concernant l'accessibilité, la coordination ou le financement des services spécialisés.

Le respect de ces principes et la mise en place de moyens adéquats pour les soutenir apparaissent, aux yeux du comité, comme de très importantes conditions de succès en vue de l'implantation de réseaux de services intégrés destinés aux enfants et aux jeunes.

Contenu du rapport

Le rapport présente tout d'abord un état de la situation du réseau et tente ainsi de poser un diagnostic sur les atouts et les lacunes des services spécialisés actuellement destinés aux enfants et jeunes du Québec. Suivent les définitions clés utilisées, afin de bien situer le cadre conceptuel du rapport, que le comité a voulu complémentaire aux notions propres au ministère de la Santé et des Services sociaux et de ses réseaux ainsi qu'aux notions utilisées dans l'entente de complémentarité liant le réseau de la santé et des services sociaux avec le réseau de l'éducation¹³.

13. Entente intitulée : *Deux réseaux, un objectif*, ministère de l'Éducation, 2003, 34 p.

Le chapitre III aborde ensuite le cœur du mandat et traite du profil des services spécialisés normalement accessibles en région. Il est suivi d'un chapitre couvrant les principaux aspects du fonctionnement des réseaux de services intégrés, précisant notamment le modèle d'articulation entre les établissements et entre les divers secteurs en cause et abordant les questions suivantes : accès aux services, règlement des litiges, indicateurs et le rôle des équipes d'intervention jeunesse (EIJ). Afin de compléter le volet couvrant l'accès à l'ensemble des services, le chapitre V traite de la place des services surspécialisés ou de troisième ligne et de la nécessité de consolider le réseau des instituts universitaires.

Le chapitre VI présente le plan d'action proposé par le comité en vue de permettre la concrétisation de l'ensemble des recommandations formulées.

On trouvera en annexe, outre le libellé complet du mandat confié au comité et la liste de ses membres, le projet d'entente multilatérale entre établissements régionaux, un schéma illustrant l'architecture du continuum de services, de même que l'ensemble des recommandations du comité.

CHAPITRE I

SERVICES SPÉCIFIQUES ET SPÉCIALISÉS POUR LES ENFANTS ET LES JEUNES DU QUÉBEC : ORIGINE, PROFILS ET ENJEUX

*Ce qu'il y a de plus difficile au monde :
mettre toute son intelligence et toute son invention au service.*
Paul Valéry, *Tel quel*

De l'établissement aux réseaux de services intégrés

Il y a à peine trente ans, les services spécialisés destinés aux enfants et aux jeunes en difficulté du Québec étaient encore largement tributaires des organisations de services mises en place par les communautés religieuses. Les établissements d'alors fonctionnaient dans une relative autarcie, sur des territoires et avec des missions variables, sans coordination formelle, offrant le plus souvent un hébergement de type asilaire. C'était l'époque des «enfants de Duplessis», des centres Anbar... et aussi du Mont Saint-Antoine et du Mont d'Youville¹⁴.

Les temps ont beaucoup changé et il importe d'être attentif aux réalités et aux dynamiques actuelles, avant de «proposer un modèle permettant d'offrir une gamme appropriée de services spécialisés accessibles à tous les jeunes en difficulté sur l'ensemble du territoire québécois». Il n'est donc pas inutile de prendre le pouls de ce réseau et d'effectuer une analyse de la situation actuelle, de ses divers secteurs et de leurs interrelations.

Au fil des ans, des lois et des réformes, les services spécialisés offerts aux enfants se sont organisés en réseaux, sur la base de services de plus en plus définis, comportant à la fois des modes de coordination régionale et suprarégionale ainsi que divers arrimages sur les plans intersectoriels et associatifs. De multiples rapports¹⁵ sur l'organisation et le fonctionnement des services spécialisés pour les jeunes ont formulé plusieurs centaines de recommandations, dans le but d'améliorer le sort des enfants en difficulté du Québec. Les particularités de la plupart de ces services et les défis qu'ils ont eu à relever ont donc été relativement bien documentés. Ils l'ont toutefois été presque essentiellement en fonction de problématiques données plutôt que dans la perspective de services intégrés et harmonisés.

14. Voir Hubert A. Wallot, *La danse autour du fou : entre la compassion et l'oubli - la chorégraphie globale*, Beauport, MNH, 1998, 456 p.

15. Notamment les rapports Charbonneau, Harvey, Bouchard, Jasmin, Cliche, Lebon ou du Vérificateur général.

État du réseau

Le présent chapitre vise à tracer un portrait sommaire de la situation actuelle de l'ensemble des services spécialisés, tels que décrits dans les documents les plus récents du réseau¹⁶. Cette description servira, par la suite, à mieux circonscrire les orientations pertinentes, à redéfinir les interfaces et à déterminer quels sont les suivis nécessaires en vue de les améliorer.

Les services offerts aux enfants et aux jeunes, dans ce réseau, peuvent compter sur des atouts importants et sur les progrès réellement significatifs réalisés au cours des dernières années, notamment en rapport avec :

1. l'intervention professionnelle;
2. l'équité interrégionale;
3. les liens entre les organisations;
4. les pratiques de formation et d'encadrement;
5. le développement des connaissances;
6. les systèmes d'information.

1. L'intervention professionnelle

De nombreux professionnels fortement engagés, l'expérimentation de pratiques novatrices et performantes¹⁷, la mise au point de pratiques de pointe et le perfectionnement de certains outils¹⁸ très bien adaptés constituent des acquis du réseau. Plusieurs politiques, orientations, plans d'action ou avis ont été produits afin de mieux orienter l'intervention professionnelle dans de nombreux secteurs¹⁹.

2. L'équité interrégionale

Une collaboration exemplaire existe entre certains types d'établissements. On peut souligner, en particulier, la mise en place réussie du protocole CJ/CLSC²⁰, de l'entente CRDI/CLSC, ou l'implantation récente du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) et des équipes d'intervention jeunesse (EIJ). L'application de divers protocoles, notamment entre les CJ et le secteur DI-TED, est par ailleurs sérieusement enclenchée.

16. Notamment ceux des *chantiers Maltais*, de la *Stratégie jeunesse*, du *Rapport clientèle jeunesse multiproblématique*, de l'*Avis du groupe d'appui en santé mentale*, du secteur DI-TED avec *Un geste porteur d'avenir : des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches* ou du secteur DP avec les *Orientations ministérielles en déficience physique, Pour une véritable participation à la vie de la communauté*.

17. Voir, entre autres, le programme de soutien aux jeunes parents (ou PSJP).

18. Tels le *Diorio-Fortin*, l'*Inventaire concernant le bien-être de l'enfant* (ICBE), l'*Indice de gravité d'une toxicomanie* (IGT-ado), le *Système de soutien à la pratique* (SSP), ou encore l'outil synthèse de l'équipe du GRISE.

19. Voir notamment la *Stratégie jeunesse*, le *Plan d'action en déficience physique*, le projet de révision de la *Loi sur la protection de la jeunesse*.

20. Claude Larivière, *Les progrès réalisés dans la collaboration CJ-CLSC en 2001*, ACJQ-ACCQ, 2001, 161 p. et annexes.

3. Les liens entre les organisations

Pour tenter de contrer les problèmes d'équité interrégionale, le Ministère a déjà injecté des sommes récurrentes, visant à assurer l'équité de ces allocations; dans la poursuite de ce même objectif, les modes d'allocation des ressources feront prochainement l'objet de révisions attentives.

4. Les pratiques de formation et d'encadrement

Des pas importants ont aussi été franchis afin de prendre le «virage qualité», que ce soit par le Programme national de formation (PNF), le projet de formation DI-TED ou la mise en place du programme d'agrément obligatoire.

5. Le développement des connaissances

Des établissements ayant un statut d'institut universitaire²¹ ou de centre affilié universitaire contribuent à améliorer sans cesse la formation et les programmes destinés aux jeunes; il en va ainsi, par exemple, de l'organisme Boscoville 2000, qui joue un rôle de centre d'excellence dans le développement de services de pointe dans le secteur de la réadaptation. L'action concertée et la mise en place du groupe de recherche DI-TED vient aussi combler un vide important.

6. Les systèmes d'information

Du côté des systèmes d'information, malgré des défis considérables, plusieurs éléments positifs sont à souligner. Ainsi, PIJ²² et la Plateforme informationnelle sur le bien-être de l'enfant (PIBE) ouvrent des perspectives inédites quant à l'exploitation des données cliniques, permettant de suivre le cheminement des usagers et de mesurer les effets des interventions. Du côté DI-TED et DP, le projet visant à mettre en place un système d'information sur les usagers est en bonne voie de voir le jour et viendra faciliter l'arrimage avec les CLSC.

L'ensemble des progrès réalisés ne doit pas toutefois occulter les nombreuses difficultés qui subsistent lorsque ce réseau est examiné dans son ensemble. On y observe parfois des problèmes importants d'accès aux services : d'une région à l'autre, on dénote l'absence d'une gamme similaire de services spécialisés s'appuyant sur une logique commune; on déplore des «trous de services»²³; on remarque des écarts considérables quant aux services requis dans plusieurs secteurs²⁴; on constate le sous-

21. Le comité tient à rappeler que les instituts universitaires (sociaux, par opposition à médicaux) ainsi que les centres affiliés universitaires (CAU) sont des créations récentes (1992) qui ont besoin d'être soutenues et consolidées en vue d'atteindre les objectifs fixés à l'origine par la réforme (introduite par le projet de loi 120) et de créer un réel pendant aux instituts universitaires hospitaliers.

22. Projet intégration jeunesse (PIJ).

23. Services de pédopsychiatrie, d'orthophonie, etc., destinés à de jeunes autistes.

24. Il reste cependant à uniformiser et à évaluer les standards de productivité en fonction des résultats attendus. En l'absence de ces standards, on note dans certains établissements des *compressions* de services et des charges de cas irréalistes. On constate l'existence, malgré l'absence de consensus et de critères communs quant à la notion de «jeune en attente», d'importantes listes d'attente dans une majorité de régions, aussi bien dans le secteur de la DI-TED, de la DP, de la pédopsychiatrie, qu'au sein

financement de certaines composantes du réseau dans la majorité des régions; on cherche, souvent en vain, des mécanismes clairs d'accès aux services, de même que des mécanismes permettant d'établir rapidement des liens entre ces services; les ratios des places d'hébergement sont très variables selon les régions; on trouve, dans certaines régions, plusieurs lieux d'hébergement engorgés de façon quasi chronique, hébergeant périodiquement des jeunes dans des conditions inappropriées²⁵.

Lorsqu'on examine la continuité des services, on constate très fréquemment qu'il y a des failles dans cette continuité et que les services offerts adoptent souvent un modèle de fonctionnement «en silo». L'étude des dossiers révèle aussi qu'on a rarement recours aux plans de services individualisés et qu'il existe un manque patent de continuité des interventions. On voit se succéder, dans plusieurs dossiers, de multiples intervenants et de nombreuses évaluations qui ne sont pas suivies de mesures de soutien appropriées. Certaines pratiques professionnelles sont également remises en question, notamment la judiciarisation excessive en protection de la jeunesse et l'absence fréquente d'utilisation d'outils cliniques appropriés. On déplore aussi l'absence d'un système d'information disposant d'un langage uniforme, qui puisse appuyer un meilleur arrimage ou une plus grande convivialité entre les secteurs et qui permette de retracer clairement les jeunes visés et de disposer d'un système de mesure univoque quant aux listes d'attente pour certains services.

Malgré les progrès et acquis importants de ce réseau, on constate que plusieurs problèmes persistent. Diverses hypothèses ont été avancées pour expliquer ces difficultés nombreuses et variées, dont un certain sous-financement des services, des standards insuffisants, des lacunes sur le plan de la formation des intervenants, des programmes parfois mal articulés et des ratios d'encadrement inadéquats.

Tout porte à croire que les difficultés perçues du côté des services spécialisés ne leur sont pas exclusives car elles caractériseraient également les services de première ligne offerts aux enfants et à leur famille. Plusieurs rapports²⁶ ont déjà fait état du manque d'investissement dans les services de première ligne ainsi que des difficultés relatives à l'accessibilité, à la continuité, à la coordination et à l'uniformité de ces services.

des services de la DPJ (que ce soit au regard de l'évaluation ou de l'application des mesures), et en CJ (en matière d'expertise psychosociale à la Cour supérieure, d'antécédents et de retrouvailles etc.).

25. Provoquant, dans certains cas, des phénomènes de rejet, de violence ou faisant de certains jeunes des boucs émissaires : voir, entre autres, le rapport de Pierre Corriveau et les travaux de Ubald Marcoux sur les jeunes ayant des problèmes multiples.

26. Voir Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse, *l'État de la situation et recommandations au regard des services offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille, dans les CLSC*, MSSS, 2001; Association des CLSC et des CHSLD, *Allons à l'essentiel : Offre minimale de services de base en CLSC aux familles, aux enfants et aux jeunes de 0 à 17 ans*, ACCQ, avril 2001; Association des CLSC et des CHSLD, *Consolider l'organisation des services généraux de base: un enjeu majeur pour tout le système*, ACCQ, octobre 2002. Ce point de vue est aussi clairement confirmé par les travaux du Conseil de la santé et du bien-être, dans son avis intitulé *Quel temps pour les jeunes ? La participation sociale des jeunes*, 2001, Québec, et ceux du Groupe de travail sur les services de santé et les services sociaux de première ligne offerts aux enfants, MSSS, document de travail, mai 2003.

Examen secteur par secteur

Comme ce portrait d'ensemble pourrait occulter certaines particularités propres à chaque type de services spécialisés, un examen secteur par secteur tentera de tracer un aperçu plus précis de leur situation actuelle et des services de première ligne qui s'y rattachent.

▪ CLSC

Les CLSC ont été conçus pour assumer les services de santé et les services sociaux *généraux*, de première ligne s'adressant à l'ensemble de la population et visant le maintien ou l'amélioration de la santé et du bien-être. Ils ont aussi la responsabilité d'offrir des services *spécifiques* qui s'adressent à des personnes vulnérables et particulières, ce qui les amène à collaborer avec les services de deuxième ligne (services spécialisés) destinés aux enfants et aux jeunes. Ces services spécifiques sont offerts avec une grande disparité à travers le Québec²⁷, tant en ce qui a trait aux types de services qu'à leur volume ce qui crée de multiples zones grises quant aux rôles des intervenants. On constate notamment que les rôles et responsabilités sont ambigus quant aux services offerts aux jeunes présentant des «retards de développement» ou des troubles envahissants du développement. Plusieurs réclament une accentuation des services de détection et d'intervention précoce, entre autres en déficience physique.

CLSC, quelques chiffres

- 147 établissements
- Environ 1 300 intervenants consacrés à la jeunesse
- 102 000 usagers dans les programmes enfance/jeunesse/famille (2002-2003)*
- Dépenses en 2002-2003: 84,5M \$**

* Centres d'activité 6592 « services sociaux en milieu scolaire » et 7170, « services d'éducation familiale et sociale ». Aucune donnée valide ne peut être utilisée ici pour les usagers recevant spécifiquement des services en déficience physique ou intellectuelle.

** Renvoie aux centres d'activité 6592 et 7170.

Le soutien psychosocial et le soutien en matière de répit varient aussi d'une région à l'autre et des «trous de services» importants ont été constatés dans les services de santé mentale et de soutien aux personnes avec une déficience sensorielle (surdité, cécité, etc.). Si la collaboration avec les centres jeunesse s'est améliorée de façon importante, plusieurs actions doivent être mises en œuvre. Sur le plan intersectoriel, les arrimages, entre autres avec les milieux de garde et les milieux scolaires, même s'ils peuvent parfois être exemplaires, restent encore trop souvent disparates et lacunaires.

▪ Santé mentale et services de pédopsychiatrie

En matière de santé mentale, et plus spécifiquement au plan des services psychiatriques destinés aux enfants et aux jeunes, les problèmes relatifs à la disponibilité des services et leur accessibilité sont majeurs dans plusieurs régions du

27. Voir la note précédente.

Québec; la part du budget du secteur de la santé mentale consacrée aux enfants et aux jeunes y est relativement dérisoire. Alors que les enfants et les jeunes représentent près de 18% de la population du Québec, leur part du budget en santé mentale ne représente qu'environ 3% de l'ensemble des fonds investis dans les divers programmes de santé mentale (soit environ 35 millions sur 1,2 milliard). Le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale a récemment décrit et documenté l'état de délabrement des services de santé mentale pour les enfants et les jeunes. D'après ce groupe, on constate une absence marquée de services de soutien et d'importantes lacunes dans les politiques de consultation clinique; la pénurie des ressources pédopsychiatriques²⁸ est par ailleurs criante dans plusieurs régions.

Pédopsychiatrie en centre hospitalier, quelques chiffres

- 86 CH offrent des services de psychiatrie
- 35 CH offrent des services de pédopsychiatrie
- 13 CH offrent un service d'hospitalisation
- 254 lits de court séjour, dont 70% en région centrale
- 915 psychiatres, dont 138 pédopsychiatres
- Environ 700 professionnels travaillant en pédopsychiatrie
- 2 628 hospitalisations pour troubles mentaux en 2002-2003
- Dépenses pour des services de pédopsychiatrie en 2001-2002 (excluant la rémunération des médecins) : environ 31 M\$

L'hébergement de jeunes présentant des troubles du comportement avec des problèmes concomitants de santé mentale se fait généralement en centre jeunesse et très souvent sans l'encadrement clinique nécessaire²⁹. Malgré l'existence du *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse*, les mesures proposées sur le plan de la santé mentale tardent à donner les résultats escomptés dans plusieurs régions. La nécessité, pour le réseau de l'éducation, d'obtenir des diagnostics médicaux et psychiatriques à des fins de financement contribue, par ailleurs, à l'engorgement des services. Quant aux jonctions avec les autres services spécialisés dans le secteur de la jeunesse, celles-ci se font généralement de façon marginale, avec des difficultés d'accès aux services et selon des modes de collaboration encore très limités. Le récent *Avis du Groupe d'appui en santé mentale*, déposé à l'été 2003, sans toutefois proposer une offre intégrée de services, avance une série de propositions visant à régler une bonne partie de ces problèmes³⁰.

28. Voir J.J.Breton, M.A.Plante et M.St-Georges, *État de situation des services de pédopsychiatrie au Québec en 2001*, HRP/CHUQ, 2002, 40 p. et annexe.

29. Voir notamment sur ce chapitre, le rapport Batshaw (1975) dont l'analyse des services pédopsychiatriques (p.128), tout comme la recommandation R-146, restent d'une certaine actualité ; en complément, on peut aussi se référer sur cette question au tableau 19 du rapport Corriveau (2000), au rapport clientèle jeunesse multiproblématique 2003 (p. 8, 30 et 33) et au rapport Harvey II (1991), p. 90-92.

30. Il faut souligner, par ailleurs, les réalisations intéressantes de l'Ontario, qui offre des services à 148,000 enfants et jeunes en matière de santé mentale, de même que l'existence chez nos voisins d'une

▪ **Déficiência intellectuelle et des troubles envahissants du développement**

Du côté de la déficiencia intellectuelle (DI)³¹ et des troubles envahissants du développement (TED)³², la nature des services et le volume de ressources varient considérablement d'une région à l'autre, même si chaque région du Québec compte au moins un centre de réadaptation spécialisé en déficiencia intellectuelle (CRDI). L'offre des services des CRDI est structurée en trois programmes : services de soutien à la personne, à sa famille et à la communauté ; services résidentiels ; services socioprofessionnels. La nature des services s'est grandement diversifiée au cours des dernières années, notamment sous l'impulsion des courants de l'intégration sociale et de l'égalité des droits des personnes ayant certaines déficiencias.

Déficiencia intellectuelle et Troubles envahissants du développement, quelques chiffres

- 23 centres de réadaptation en déficiencia intellectuelle (CRDI)
- 5,364 enfants avec DI recevant des services
- 1368 enfants avec TED recevant des services, dont 348 enfants de 0 à 4 ans
- 12 000 familles recevant des services de soutien et d'accompagnement
- Environ 700 jeunes hébergés en RI ou en RTF
- Dépense totale du secteur (tous groupes confondus) en 2001-2002 : 508 M\$. On peut estimer à environ 65 M\$ la part de la dépense consacrée à la jeunesse.

Ainsi, la grande majorité des personnes, et spécialement les jeunes présentant une déficiencia intellectuelle, vit dans la communauté, au sein de sa famille ou dans des ressources de type familial ou intermédiaires. Les jeunes, ainsi que le réseau des services de santé et des services sociaux, sont cependant confrontés à plusieurs difficultés, dont le vieillissement des parents, qui hébergent souvent leur enfant devenu adulte, les listes d'attente, les problèmes multiples éprouvés par les personnes visées (troubles de comportement, déficiencias associées, problèmes de santé mentale, perte d'autonomie liée au vieillissement, etc.).

De plus, on a confié aux CRDI un nouveau créneau de responsabilités et ils ont dorénavant à assurer les services destinés aux personnes présentant un trouble

vie associative très active dans ce secteur (la création de l'Association des centres de santé mentale ontariens remonte à 1972) et la présence de ressources spécialisées, comportant un important volet en hébergement. Voir, les récentes publications ayant trait aux pratiques recommandées en matière de services de santé mentale destinés aux enfants et adolescents; l'adresse du site Internet de l'Association ontarienne de santé mentale des enfants est la suivante : www.cmho.org.

31. Déficiencia intellectuelle : Fonctionnement cognitif général significativement inférieur à la moyenne, accompagné de difficultés d'adaptation apparaissant durant l'enfance. Les services offerts visent à réduire les effets de la déficiencia, à compenser les incapacités et à soutenir l'intégration sociale.

32. Troubles envahissants du développement : Ces troubles, dont le plus répandu est l'autisme, sont d'origine neurobiochimique, associés à un problème génétique et se déclarent dans les premières années de la vie. Ils se traduisent par des difficultés dans les interactions avec l'entourage et dans la communication en général.

envahissant du développement tel que l'autisme ou le syndrome d'Asperger. Le défi est grand pour les CRDI. En plus d'offrir l'ensemble de leurs services habituels, ils ont à développer de nouvelles expertises très exigeantes. La question de l'hébergement dans ce secteur est cruciale et les ressources ne suffisent pas à la demande.

Historiquement, le réseau des CRDI a surtout orienté ses services vers les personnes ayant une déficience importante. Ainsi, les personnes ayant une déficience légère, mais ayant tout de même besoin de services pour développer leurs capacités et s'intégrer à leur milieu, se retrouvent-elles sans service ou ballottées entre plusieurs établissements et intervenants. Les jeunes ayant ce profil vivent souvent des problèmes d'adaptation qui interpellent à la fois les CRDI et les centres jeunesse. De façon générale, le maillage entre les établissements du réseau et les autres secteurs, comme les centres à la petite enfance (CPE) et les écoles, est nécessaire et demande à être davantage développé. La mise en commun des ressources et des expertises est essentielle en vue d'offrir une réponse adaptée aux besoins de tous les jeunes qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

▪ **Déficience physique**

Le secteur de la déficience physique³³ a connu un développement récent et se retrouve confronté à des défis considérables : le principal est de développer et de rendre accessible la gamme des services de première et de deuxième ligne nécessaires dans chacune des régions du Québec ; plusieurs régions ne possèdent pas encore les ressources requises pour couvrir la gamme attendue de services de première et de deuxième ligne nécessaires au traitement des jeunes ayant une déficience physique. Ainsi, il devient essentiel de mieux définir l'offre de services pour chaque type de déficience (auditive, langage et parole, motrice, visuelle) et d'ajuster les allocations financières en conséquence. De plus, il importe de modifier certaines pratiques pour favoriser la mise en commun des ressources disponibles et pour soutenir une pleine participation sociale des jeunes. Il faut aussi contrer rapidement la pénurie d'effectifs professionnels (orthophonistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.) et consolider la gamme des services offerts aux jeunes de 6 à 21 ans.

33. Le programme de déficience physique s'adresse : «Aux personnes, de tous âges, dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque selon les probabilités d'entraîner des incapacités significatives et persistantes (incluant épisodiques) reliées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et qui pour la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux sont ou risquent d'être réduits. La nature des besoins de ces personnes fait en sorte que celles-ci doivent recourir, à un moment ou à un autre, à des services spécialisés de réadaptation et, lorsque nécessaire, à des services de soutien à leur participation sociale.» Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles en déficience physique: Pour une véritable participation à la vie de la communauté - Objectifs 2004-2009*, MSSS, 2003, p. 21.

Déficience physique, quelques chiffres

- 21 établissements ayant une mission de réadaptation
- Environ 361 intervenants travaillant auprès des jeunes dans ce secteur
- Nombre d'enfants recevant des services* :
 - En déficience visuelle : 1 148
 - En déficience auditive : 1 652
 - En déficience langage/parole : 3 231
 - En déficience motrice : 10 187
- Environ 130 enfants hébergés en RI-RTF**
- 42 lits en établissement
- Dépense consacrée au secteur de la jeunesse : environ 31,8 M\$

* Données de 1999-2000

** Données au 31 décembre 2003

Par ailleurs, d'autres défis plus pointus se présentent aux responsables de ce secteur: mieux répondre aux besoins des jeunes ayant un traumatisme cranio-cérébral, s'assurer d'une intervention plus rapide, accentuer le dépistage des adolescents vivant une grande détresse provoquée par les situations de handicap auxquelles ils sont confrontés, améliorer les services destinés aux déficiences du langage et de la parole etc.

Dans le but d'assurer une réponse adéquate aux besoins des jeunes, il est important de clarifier les zones grises entre les programmes de déficience physique et de déficience intellectuelle quant aux services offerts aux jeunes présentant des retards de développement, une double déficience, des troubles envahissant du développement etc. De plus, il faut consolider les arrimages avec les autres catégories d'établissements, tout comme avec l'ensemble des partenaires intersectoriels concernés par les mesures d'intégration et de participation sociales, dont les milieux de garde, l'école, le transport, le loisir, l'emploi. Les jeunes présentant des problèmes multiples sont particulièrement visés par ces arrimages. Les services de soutien aux familles et aux autres proches demandent également à être consolidés.

• Centres jeunesse

Plusieurs centres jeunesse, sont aux prises avec des pressions budgétaires considérables, et ils doivent composer, pour la plupart, avec diverses listes d'attente. Leur offre de services, conditionnée par un cadre légal omniprésent et uniforme, se révèle malgré tout fort différente d'une région à l'autre. On constate que les taux d'occupation des places d'hébergement en réadaptation sont souvent engorgés de façon cyclique. Par ailleurs, les centres jeunesse doivent assez souvent assurer le suivi de jeunes présentant plus d'un problème³⁴ et se retrouvant coincés entre deux chaises,

34. Ces jeunes, selon le *rapport Corriveau* et l'*Étude sur les cas multiproblématiques* rédigée par Ubald Marcoux, présentent des problèmes associés relevant principalement des secteurs de la santé mentale ou de la déficience intellectuelle.

puisque les autres réseaux ne leur offrent que peu de services, quand ils leur en offrent³⁵.

Les directions de la protection de la jeunesse (DPJ), en raison d'un accès parfois difficile aux services de première ligne ou à certains services spécialisés, sont, dans un certain nombre de cas, obligées de jouer un rôle de suppléance. Aux prises avec une gestion du risque et de l'urgence hautement médiatisée, elles ont de plus à composer avec de fréquentes interventions de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, qui exerce une pression importante sur les intervenants et les organisations. Compte tenu des nombreuses obligations légales et de l'intensification des pratiques défensives, la judiciarisation des dossiers s'est accentuée et gruge un temps et une énergie considérables au sein des DPJ; il faut aussi souligner les exigences particulières des services destinés aux autochtones.

Bien engagés dans le «virage qualité», entre autres grâce au PNF et à PIJ, les centres jeunesse doivent investir beaucoup d'énergie afin d'implanter ces systèmes qui, à moyen terme, pourraient contribuer à corriger la discontinuité de bon nombre d'interventions et la très grande mobilité de leur personnel. Par ailleurs, l'adoption récente de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA) pourrait modifier les pratiques vis-à-vis des jeunes contrevenants, notamment quant à la détention, à la mise sous garde et à la durée des mesures, et avoir ainsi des effets importants sur l'organisation des services.

Centres jeunesse, quelques chiffres

- 16 établissements régionaux
- Environ 8 000 intervenants
- 58 000 signalements en 2002-2003
- Nombre d'utilisateurs ayant fait l'objet d'une intervention en 2001-2002 :
 - En regard de la LPJ : 53 400
 - En regard de la LJC : 21 209
 - En regard de la LSSS : 22 737
- 26 749 utilisateurs ayant fait l'objet d'une mesure de placement en 2001-2002
- Dépenses en 2002-2003 : 584 M\$*

* Excluant les coûts liés à l'administration, au soutien et à la gestion des bâtiments et aux familles d'accueil

Grâce au protocole CJ/CLSC³⁶, ces deux partenaires réussissent à mieux coordonner leurs actions, en particulier grâce à des zones de collaboration obligatoire et à une

35. Malgré une baisse relativement importante de la démographie, on constate une hausse continue des signalements en protection de la jeunesse ; d'aucuns interprètent cette hausse comme témoignant d'un mode indirect d'accès aux services du réseau ; sur ce point de vue, voir notamment l'avis du Conseil de la santé et du bien-être, *Quel temps pour les jeunes ? La participation sociale des jeunes*, 2001.

36. L'implantation de ce protocole a été évaluée par Claude Larivière ; voir notamment «L'entente cadre entre les CLSC et les centres jeunesse : une étape dans la construction d'un continuum véritable de services aux jeunes», *Service social* (1998-1999), n^{os} 3 et 4, p. 181-188 ; voir aussi *Les progrès réalisés dans la collaboration cj-clsc en 2001*, ACJQ-ACCQ, 2001, 161 p. et annexes.

meilleure détermination du leadership. Malgré les progrès réalisés, il reste encore à mieux définir les questions touchant l'orientation pour l'obtention de services lorsque certains signalements ne sont pas retenus, le traitement des jeunes présentant des problèmes particuliers et la complémentarité dans le secteur de la réadaptation, notamment en ce qui a trait aux enfants en milieu scolaire.

Quant aux collaborations du reste du réseau et ayant pour but d'appuyer les interventions dans le domaine de la protection, on estime qu'elles sont encore timides et limitées; on note toutefois que de nouveaux protocoles, notamment avec les secteurs DI-TED et toxicomanie, sont en cours de préparation.

- **Toxicomanie**

Depuis les années 1990, les stratégies mises en avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux ont permis de franchir des pas importants dans la lutte contre la toxicomanie auprès des jeunes. Le réseau de la toxicomanie offre désormais aux jeunes un ensemble de services destinés à mieux contrer les problèmes de dépendance. Cette offre de services varie toutefois d'une région à l'autre et se révèle nettement insuffisante, particulièrement auprès des jeunes présentant des problèmes concomitants. L'accessibilité à un continuum de services spécialisés et la continuité de ces services nécessitent qu'ils soient renforcés et consolidés. De plus, les perceptions actuelles de notre société, qui balancent entre la banalisation et la dramatisation de la consommation de substances psychotropes, interpellent particulièrement les personnes qui occupent des fonctions éducatives, d'intervention et d'encadrement auprès des jeunes. Même si beaucoup d'informations sur les substances psychoactives sont disponibles, plusieurs parents et intervenants se sentent souvent démunis en ce qui a trait aux attitudes et aux comportements à adopter face à la consommation d'un jeune, d'où l'importance de les soutenir par des activités de sensibilisation et de formation.

Toxicomanie, quelques chiffres

- 15 centres de réadaptation publics
- 2 programmes spécifiques dans d'autres établissements
- Environ 107 intervenants travaillant dans le secteur jeunesse
- 5 907 jeunes suivis à l'externe
- 1 068 jeunes traités à l'interne
- 186 lits en internat
- Budget d'environ 6,6 M\$

Par ailleurs, la consommation d'alcool et de drogues des adolescents continue d'être préoccupante, comme le révèlent les récentes données de l'Institut de la statistique du Québec³⁷. Parmi les jeunes recevant des services du réseau de la jeunesse, les travaux des chantiers Maltais soulignaient la présence d'une consommation de plus en

37. Selon les données de l'ISQ, publiées le 18 juin 2003, 44% des adolescents du secondaire ont déjà connu au moins un épisode de «boire excessif», alors que un sur cinq consomme régulièrement de l'alcool.

plus hâtive, l'établissement rapide de patterns de consommation et la tendance à utiliser davantage de drogues dures³⁸. Les arrimages, notamment avec les centres jeunesse et avec les écoles, s'ils sont bien commencés, ont néanmoins besoin d'être mieux définis et davantage consolidés. La mise en place de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA) et les modifications que celle-ci entraîne nécessitent que l'on conclue rapidement un protocole dans ce secteur. Il serait en outre possible de développer davantage la collaboration avec les secteurs DI-TED, DP et SM, et rendre celle-ci plus systématique. Pour les jeunes ayant un problème de consommation, l'implantation d'un outil de détection et d'orientation comme le test *Dep-Ado* doit être poursuivie, puisque ce test constitue un acquis de taille qui facilite grandement l'analyse de la situation et l'orientation des jeunes vers un autre établissement en fonction de leurs besoins.

Les jeunes présentant des problèmes multiples, les plus de 18 ans, les services de troisième ligne et les services intersectoriels

Même si les principaux problèmes affectant les jeunes sont pris en charge avec plus ou moins de succès par les réseaux existants il y a encore des jeunes qui, en raison de la complexité de leurs problèmes ou de leur âge, éprouvent des difficultés particulières à obtenir les services dont ils ont besoin. Parmi ceux-ci, il faut compter les jeunes ayant des problèmes multiples en raison de leurs diverses inadaptations, et aussi les jeunes qui, arrivés à 18 ans, tombent soudainement dans un vide de services les laissant souvent complètement démunis³⁹. Les services destinés à ces jeunes sont particulièrement lacunaires et souffrent d'un manque de financement et d'organisation qui affecte non seulement la complémentarité et la continuité des actions⁴⁰ mais l'accessibilité elle-même à ces services.

Si l'accès aux services spécialisés pose certains problèmes dans un contexte régional, il est de même sur le plan interrégional, où les règles ne sont pas toujours limpides au regard de la suppléance ou de l'orientation vers des services de troisième ligne. Si la situation est plus claire dans le secteur de la déficience physique, notamment en rapport avec les implants cochléaires ou pour les classes de chiens guides, les ressources nécessaires et les modalités d'accès à plusieurs services spécialisés supra-

38. Comité de coordination des chantiers jeunesse, *Faire front commun contre la détresse et les difficultés graves des jeunes*, document présenté pour la discussion au Forum jeunesse du 3 décembre 2001, p. 23.

39. Voir l'avis du Conseil de la santé et du bien-être, *Quel temps pour les jeunes ? La participation sociale des jeunes*, 2001. On note que l'ACJQ a adopté en décembre 2001 un avis (3.8.1) intitulé : *Protocole d'entente entre le centre jeunesse et le directeur général de la sécurité du revenu pour favoriser l'intégration aux jeunes adultes ayant transité par les centres jeunesse*. Il faut aussi souligner un important projet interministériel (MEQ, MESSF, MFE, MRCI, MSSS) en préparation sur *la continuité des services destinés aux 16-24 ans*.

40. Les besoins des enfants et des jeunes autochtones ainsi que les problématiques d'ordre culturel (notamment en ce qui a trait aux enfants demandeurs d'asile) faisant l'objet d'autres travaux ne seront pas traités dans le cadre du présent document; il en va de même pour les services offerts aux jeunes itinérants, pour lesquels le MSSS vient d'effectuer un bilan (2003) et est à préparer un cadre de référence.

régionaux doivent encore être précisées et uniformisées, tout comme il faudra répondre à certaines questions touchant la réintégration familiale.

Pour favoriser le développement intégral des enfants, le continuum de services nécessite des **arrimages intersectoriels** qu'il est nécessaire de revoir. Si certains progrès ont pu être réalisés avec les CPE ou du côté scolaire, on doit constater que, dans la majorité des secteurs, on est encore très loin des modes de complémentarité souhaités naguère par le rapport Charbonneau ou, plus récemment, par le rapport Cliche. L'articulation des services offerts aux enfants et aux jeunes a donc sérieusement besoin d'être consolidée avec l'ensemble des partenaires en cause, notamment avec la justice et les secteurs du transport, de l'habitation ou des loisirs.

Comme en témoigne le présent chapitre, si plusieurs progrès ont été réalisés par le réseau de services spécialisés destinés aux enfants et aux jeunes et s'il est possible de compter sur des acquis de taille, un certain nombre de problèmes persistent, notamment quant à l'accès aux services, à la cohérence et à la complémentarité de l'offre de services ainsi qu'à la mise en place de services adaptés pour les jeunes présentant des besoins complexes. Les chapitres III, IV et V vont tenter de proposer des solutions aux différents problèmes décelés.

Recommandation

Le comité recommande de mettre rapidement en place un système d'information favorisant l'intervention entre les divers secteurs visés, facilitant l'examen du cheminement des enfants et des jeunes et fournissant des données qui pourront servir à mesurer la performance des établissements et à entreprendre des études portant sur l'imputabilité de ceux-ci.

CHAPITRE II

DÉFINITIONS RETENUES ET CLIENTÈLES VISÉES

L'ordre est supérieur au chaos.
Claude Lévi-Strauss, *Le cru et le cuit*

Origine des concepts utilisés

Avant de définir des orientations touchant le continuum de services spécialisés offerts aux jeunes, il faut minimalement expliciter de quel continuum, de quels services spécialisés et de quels jeunes il est question. Comme on retrouve de multiples définitions de ces concepts clés et comme des ententes récentes en ont consacré certaines, il n'est pas inutile de présenter le sens des termes utilisés dans le présent rapport. Ce chapitre présente donc les principaux concepts à partir desquels le comité a effectué son travail et on y indique les personnes visées par son mandat.

Pour définir ces concepts, nous avons principalement puisé dans deux documents récents qui traitent, sous d'autres facettes, de la même réalité, dans la perspective de l'organisation des services destinés aux enfants et aux jeunes du Québec. Le comité a tenu néanmoins à proposer sa propre définition des services spécialisés.

Le premier de ces documents est *l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation* (2003), plus sommairement connu sous l'appellation d'*Entente MSSS/MEQ*. Ce document présente en annexe (p. 29-34) une section consacrée au vocabulaire utilisé dont nous reprenons ici les définitions pour les termes suivants : *concertation, concertation intersectorielle, plan de services individualisés, continuum de services*.

Le second document, produit sous forme de document de travail par le ministère de la Santé et de Services sociaux, vise à définir *Les services de santé et de services sociaux de première ligne* (mai 2003); les éléments retenus de ce document sont ceux ayant trait à la *hiérarchisation des services allant de la première à la troisième ligne* (p.8), la notion de *services de première ligne* (p. 8-10), la notion de *services spécifiques* (p. 11) et celle de *mécanisme de coordination* (p.13).

De son côté, Claude Larivière présente, dans le cadre d'un document fouillé sur les réseaux intégrés de services, des définitions fondées sur les recherches les plus récentes; seront retenues ici celles portant sur la *collaboration interorganisationnelle* (p. 36) et sur les *réseaux de services intégrés* (p. 42).

Enfin, le Comité consultatif du ministre de la Santé et des Services sociaux sur le développement des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires dans le

secteur social a fourni la définition utilisée pour expliciter la notion de *pratiques de pointe*⁴¹.

Définitions

Voici donc, en ordre alphabétique, les définitions des divers concepts qui ont orienté les travaux du Comité sur le continuum des services spécialisés :

- o **Collaboration interorganisationnelle** : «C'est l'exigence fondamentale pour permettre la réalisation des différents modes de structuration que constituent les mécanismes de concertation, les projets de partenariat, le développement d'un continuum de services, les réseaux intégrés de services, la mise en place d'un guichet unique et la coordination des services par des gestionnaires de cas. La présence (ou non) des pré-conditions et conditions suivantes déterminera le succès ou l'échec de la collaboration : 1) les *préconditions* : la mutualité (problème commun), un momentum («timing») approprié (vouloir agir sur le problème au même moment), une délégation d'autorité (que le représentant de l'organisation puisse engager des ressources), l'habileté d'influencer et la créativité; 2) les *conditions* : une vision gagnant/gagnant, partager l'information concernant le problème et les solutions, le partage du risque et l'acceptation des limites de chacun.» (C. Larivière)
- o **Concertation** : «Se concerter, c'est mettre en action la collaboration en vue d'obtenir des résultats caractérisés par un objectif partagé, une meilleure coordination des services ou un développement de projets de partenariat pour mieux répondre aux besoins perçus.» (MSSS/MEQ)
- o **Concertation intersectorielle** : «Les jeunes évoluent dans plusieurs milieux de vie. On ne peut agir auprès d'eux dans tous ces milieux sans établir d'alliances avec plusieurs partenaires qui comprennent l'importance de se concerter pour atteindre des buts communs. Ainsi, la mise en place de tables de concertation, de projets en partenariat et de réseaux intégrés de services nécessite l'apport de partenaires qui, outre ceux du réseau de l'éducation et du réseau de la santé et des services sociaux, viennent des centres de la petite enfance, des municipalités, du milieu des loisirs, de la justice ou de la sécurité publique, des organismes communautaires, des regroupements d'employeurs ou autres.» (MSSS/MEQ)
- o **Continuum de services** : «La notion de continuum de services fait référence à la fois à la continuité et à la complémentarité des services requis par une clientèle, par exemple les jeunes en difficulté ou encore les personnes présentant une déficience ou un trouble persistant de santé mentale. Le point de départ du continuum de services est la reconnaissance d'un client commun à deux ou à plusieurs organismes d'un même réseau de services ou de deux réseaux. Le continuum de services reconnaît explicitement que les clientèles ont des besoins auxquels un ensemble d'établissements doivent répondre par des services de prévention, de première ligne ou d'urgence, ou par des services spécialisés, en plus des services

41. D'autres définitions récentes et complémentaires peuvent aussi être consultées, notamment dans le document sur *l'Harmonisation des services généraux en CLSC*, MSSS, avril 2003, p. 28-30; consulter aussi le *Rapport du comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux*, Direction de la planification stratégique, 19 janvier 2004.

éducatifs ou des services assumés dans le milieu par les ressources communautaires. Le continuum de services s'appuie sur un processus normal de réponse, dont le plan de services est le fil conducteur, qui consiste d'abord à évaluer les capacités et les besoins, ensuite à élaborer et à mettre en place des stratégies d'intervention visant le suivi et le soutien, et enfin à évaluer les résultats. Le continuum de services vise à réduire les nombreuses zones grises observées dans les modes traditionnels de fonctionnement et à combler l'absence de mécanismes efficaces de collaboration (protocoles de référence) qui font en sorte que certains jeunes ne reçoivent pas les services nécessaires. L'objectif poursuivi par les organisations qui adhèrent à un continuum de services est de mobiliser les intervenants autour d'interventions basées sur un plan d'action ou un plan de services convenu.» (MSSS/MEQ)

- o **Hiérarchisation des services** : «Les services de première ligne sont les moins spécialisés de la gamme de services et viennent répondre aux problèmes de santé ou psychosociaux usuels. Les services de deuxième ligne servent à résoudre des problèmes plus complexes et requièrent un degré plus élevé de spécialisation et une infrastructure plus imposante pour offrir les services. Les services de troisième ligne, quant à eux, servent à résoudre des problèmes très complexes ou des problèmes dont la prévalence est très faible et pour lesquels il faut concentrer les ressources pour offrir les services qui sont généralement les plus spécialisés de la gamme des services.»

(MSSS)

- o **Mécanisme de coordination** : «On entend par “coordination” l'ensemble des opérations requises pour assurer l'apport harmonieux de chacun des partenaires sans qu'il n'y ait dédoublement, incohérence ou lacune. Pour assurer une coordination, les organisations concernées adoptent des mécanismes officiels, par exemple un mécanisme régional ou un mécanisme local.»

(MSSS)

- o **Plan de services individualisés** : «On entend par plan de services individualisé un instrument de coordination et d'intégration des services offerts par des intervenants venant d'établissements différents. Il est utilisé pour couvrir l'ensemble des besoins de la personne dans tous les domaines d'intervention. Le plan de services individualisés constitue une démarche établie avec le jeune et ses parents et qui comprend les éléments suivants :

- une lecture commune des capacités et des besoins du jeune, à partir d'une évaluation globale des besoins;
- l'ordonnancement des besoins;
- l'objectif global à poursuivre selon la situation et les indicateurs de résultats attendus;
- des stratégies d'interventions à mettre en œuvre pour effectuer une véritable intégration des principaux services à coordonner;
- la durée prévisible des services et la date de la révision du plan;
- l'identification du responsable de la coordination ainsi que de la rédaction et de l'évaluation du plan.» (MSSS/MEQ)

- o **Pratiques de pointe** : «Dans le secteur jeunesse, les pratiques de pointe peuvent se définir comme des activités structurées répondant à des normes de qualité et qui, à partir d'objectifs clairs et d'un cadre de collaboration formel, mettent en lien des

gestionnaires, des intervenants et des chercheurs afin de produire des connaissances et des moyens nouveaux dans l'intervention auprès des jeunes en difficulté. Ces pratiques présentent un certain nombre de caractéristiques:

- elles reposent sur des connaissances analytiques et méthodologiques les plus avancées ;
- elles impliquent parfois des connaissances technologiques se rapportant à l'utilisation d'outils ou d'instruments appropriés;
- elles ont un caractère novateur et rare, sinon unique;
- leur efficacité est démontrée au plan clinique et au plan scientifique;
- elles font l'objet d'une évaluation et d'un perfectionnement continu;
- elles sont reconnues par les universités et les organismes externes.» (Comité consultatif du ministre)⁴²

o **Réseaux de services intégrés** : «Les réseaux de services intégrés constituent l'articulation concrète d'un continuum de services. Ils s'appuient sur un projet concerté d'intégration volontaire des services pour une clientèle commune. Par réseau ou système de services intégrés, on entend : "un réseau d'organisations qui offre à une population donnée un continuum de services et qui se rend cliniquement imputable des effets de ses interventions" (Marriot-96)⁴³». (C. Larivière)

o **Services de première ligne** : «Normalement, les services **généraux** de première ligne :

- s'adressent à toute la population, à certaines clientèles vulnérables ou particulières;
- sont disponibles à domicile, près du lieu de résidence, ou dans les milieux de vie des citoyens et visent à maintenir les personnes dans leur milieu de vie;
- répondent à des problèmes de santé ou sociaux usuels et diversifiés et non à une expertise spécialisée;
- font appel à des compétences professionnelles générales et diversifiées;
- requièrent des outils et des techniques d'intervention courantes;
- nécessitent une infrastructure et des technologies légères;
- adoptent une approche multidisciplinaire et globale de la personne qui tient compte de l'ensemble de ses besoins;
- sont orientés vers la communauté.»

(MSSS)

o **Services spécifiques de première ligne** : «Les services spécifiques de première ligne (par opposition aux services généraux) servent principalement à «soutenir» les personnes qui vivent dans leur communauté et qui, la plupart du temps, dans le cadre d'un plan de services individualisés, doivent recevoir à moyen ou à long terme, de façon continue et souvent intensive, des services qui leur sont propres.

42. Comité consultatif du ministre de la Santé et des Services sociaux sur le développement des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires dans le secteur social (2001) *Avis à la ministre de la santé et des services sociaux sur les besoins de soutien financier des établissements (autres que les centres hospitaliers) désignés instituts universitaires ou centres affiliés universitaires.*

43. Notre traduction.

Ces services répondent à des besoins souvent complexes, interreliés et concomitants. Ces clientèles particulières, tels (...) les jeunes en difficulté et leurs familles, les enfants exposés à la violence conjugale ou sexuelle, les personnes suicidaires ou qui ont des problèmes sévères et persistants de santé mentale, les personnes qui ont une déficience intellectuelle ou physique ou un trouble envahissant du développement, les personnes toxicomanes requièrent, en plus des services généraux, certains services spécifiques pour répondre à leurs besoins. Une approche intégrée permet alors, de «soutenir⁴⁴» la personne pour l'aider à développer ou à maintenir ses capacités, à conserver une qualité de vie, une certaine autonomie et à maintenir son intégration dans sa communauté. Elle permet aussi de soutenir la personne dans son adaptation ou son intégration sociale.»

(MSSS)

- o **Services spécialisés ou de deuxième ligne** : Services principalement définis par les caractéristiques suivantes⁴⁵:

- ils répondent à des besoins aigus, intenses, persistants ou chroniques, dont la nature est complexe ou suppose une incapacité significative et persistante;
- ils font appel à des connaissances très approfondies ou à des expertises de pointe, ils s'inscrivent dans des champs d'activité limités, ils exigent des services spécifiques dans un domaine donné, et s'appuient sur une hiérarchisation des services (généralement sur référence).

Par ailleurs, la mise en place de services spécialisés nécessite la présence d'un bassin de population suffisant et doit offrir des plateaux techniques appropriés.

Pour le comité, toutefois, la multidisciplinarité, l'intensité et la durée des services ne constituent pas des dimensions discriminantes entre les services de première et de deuxième ligne.

(Comité continuum)

- o **Services surspécialisés ou de troisième ligne** : «Les services de troisième ligne sont ceux qui visent à résoudre des problématiques de santé ou des problématiques sociales très complexes dont la prévalence est très faible, qui font appel à des compétences rares, à des personnes et à des équipes très spécialisées, qui requièrent des équipements surspécialisés ou très coûteux et qui nécessitent généralement des infrastructures et des interventions de pointe.»

(MSSS)

Personnes visées

44. Des membres du comité estiment que le terme «soutien» ne rend pas suffisamment compte de la nature des interventions à ce niveau et déplorent, par ailleurs, l'absence de la notion de réadaptation.

45. Ces éléments seront à ajuster ultérieurement afin d'être harmonisés avec les définitions produites par le comité ministériel qui termine actuellement une intégration des diverses définitions utilisées au sein du ministère.

Il s'agit essentiellement de tous les enfants et jeunes en difficulté, âgés de 0 à 18 ans, ayant besoin de services spécialisés, principalement de nature psychosociale et médicale ou de services de réadaptation, comprenant ou non un service d'hébergement.

Le comité, reconnaissant la diversité des problèmes des jeunes et l'importance de proposer des orientations ayant un impact sur l'ensemble des services spécialisés offerts aux jeunes a toutefois voulu s'assurer que ses actions à l'égard de ceux qui sont considérés comme les «laissés-pour-compte» du réseau et en quelque sorte les victimes des défauts d'arrimage, de continuité et de complémentarité des services, soient particulièrement ciblés. Comme nous le disions en introduction, et afin d'illustrer clairement la situation de ces jeunes, le comité a retenu l'image d'un modèle dit de «80/19/1%⁴⁶». Selon ce modèle, la grande majorité (80%) des usagers recevraient, actuellement sans arrimage particulier, des services assez bien adaptés à leurs besoins⁴⁷ de la part des dispensateurs de services chargés de répondre à leur problème; un certain pourcentage (aux environs de 19%) présenterait des problèmes mixtes ou plus complexes, nécessitant des arrangements plus particuliers. Cela dit, les jeunes concernés obtiendraient généralement une réponse satisfaisante à leurs besoins, grâce à une certaine harmonisation des objectifs d'intervention entre dispensateurs de services. Le 1% restant représenterait donc essentiellement les enfants ou jeunes ayant de multiples problèmes qui ont le plus de difficultés à obtenir une offre conjointe de services appropriés, en raison de contraintes cliniques⁴⁸ ou financières ou en raison de l'absence des expertises requises.

Maintenant que les notions utilisées ont été précisées et que les groupes visés ont été définis, nous aborderons, au chapitre suivant, le cœur des recommandations du comité, en établissant le profil et en définissant la gamme des services spécialisés qui devraient être offerts dans toutes les régions, pour l'ensemble des missions examinées.

46. Les proportions indiquées dans ce modèle ont principalement une valeur illustrative et heuristique.

47. Malgré de fréquentes listes d'attente.

48. Liées en bonne partie au manque d'intégration des services et au manque d'harmonisation du réseau.

CHAPITRE III

OFFRE RÉGIONALE DES SERVICES

Le continuum de services vise à réduire les nombreuses zones grises observées avec les modes traditionnels de fonctionnement et l'absence de mécanismes efficaces de collaboration (protocoles de référence) qui font en sorte que des clients ne reçoivent pas les services nécessaires et doivent assumer les frais des tensions institutionnelles et des conflits entre professionnels.

Claude Larivière⁴⁹

L'importance de travailler en réseaux intégrés, sur le plan local et régional, en disposant d'un continuum de services complémentaires et accessibles est au cœur même de la démarche du comité. L'accès à des services de qualité et continus, sur l'ensemble des territoires, doit en effet constituer l'objectif premier des réseaux de santé et de services sociaux. Afin d'apporter une réponse appropriée à la situation des enfants et des jeunes en difficulté et de leur famille, il faut s'assurer que ceux-ci puissent bénéficier, où qu'ils soient, d'une offre de services pertinente, comparable et équitable.

Avant de présenter l'offre type des services destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille en région, le comité juge cependant utile de rappeler quelques incontournables conditions préalables à la mise en place de ces services et à la responsabilisation des organisations et des acteurs en cause afin qu'ils puissent agir collectivement et offrir des services plus accessibles et mieux intégrés.

Conditions préalables

Le plus beau modèle, s'il n'est pas à la fois investi et soutenu, se révélera toujours imparfait ou inapproprié. Tenter de fonctionner en réseaux de services intégrés suppose la mise en place d'une série de conditions propices et la conjugaison des volontés autour d'un projet commun. Ainsi, les assises d'une offre régionale des services devraient reposer sur :

- o le partage d'une vision et de valeurs communes et sur l'atteinte des mêmes objectifs;
- o une reconnaissance du rôle spécifique de chaque établissement et de zones d'interdépendance entre les établissements;
- o des modes précis de collaboration;

49. Larivière Claude, «Les réseaux intégrés de services : fondements, définitions et modes d'organisation», extrait du *Guide pour soutenir le partenariat dans le secteur Famille-Enfance-Jeunesse*, ACCQ-ACJQ, 2001, p. 41.

- o l'engagement des divers partenaires visés dans une démarche conjointe, basée sur l'imputabilité et la responsabilisation de chacun;
- o le souci de documenter et d'améliorer les services offerts aux enfants et aux jeunes.

À la base de cette vision commune, le comité rappelle la pertinence des principes énoncés dans l'introduction du présent rapport et croit utile de proposer que l'engagement de chaque établissement dans une entente multilatérale de concertation entre les divers secteurs du réseau de services de santé et de services sociaux serve d'ancrage à la collaboration souhaitée; les modalités de cette entente seront présentées plus avant dans ce chapitre⁵⁰.

Il faut enfin rappeler l'importance d'un financement conséquent et équitable, permettant l'adoption des orientations proposées. Dans toute la mesure du possible, les iniquités interrégionales devront ainsi être corrigées afin de mieux répondre aux services dont la population visée a besoin. Il importe en effet d'offrir des services adéquats, traduisant ainsi concrètement l'intérêt collectif de la société vis-à-vis de ses enfants. Cet intérêt, déjà bien reflété dans les lois, souffre encore trop souvent des lacunes du système, puisqu'on ne dispose pas toujours, sur le terrain, de l'ensemble des moyens conformes aux principes énoncés et aux mesures déjà prévues sur le plan juridique.

Se fondant sur les principes et les conditions énoncées, le comité propose une orientation qui s'appuie sur deux idées centrales : (1) la mise en place, dans chaque région, d'une offre de services cohérente de première et de deuxième ligne, la première ligne étant principalement assumée par les établissements ayant une mission CLSC et (2) l'articulation d'une offre de services fondée sur la circularité, la complémentarité et l'interactivité dans des corridors bidirectionnels de services.

OFFRE DE SERVICES SPÉCIFIQUES

Parmi les services de **première ligne**, on trouve des services *généraux* et *spécifiques*; les services *généraux* sont destinés à l'ensemble de la population, tandis que les services *spécifiques* sont ceux qui s'adressent, à moyen ou à long terme, aux enfants, aux jeunes ou aux familles présentant des problèmes : vulnérabilité, détresse, ou risques particuliers⁵¹. Ces services sont offerts en amont ou en aval des services de deuxième ligne et, le plus souvent, en complémentarité directe avec eux. Ils sont accessibles en tout temps (notamment par l'entremise de *l'info-sociale* permettant ainsi aux usagers d'avoir recours aux réseaux de services, quel que soit le jour et l'heure, en cas d'urgence.

Le profil des services *spécifiques*, offerts par le réseau local en collaboration avec chacun des secteurs de services spécialisés, relève des établissements ayant une mission CLSC, dont le mandat est d'offrir :

50. Le contenu de cette entente est reproduit à l'annexe III.

51. Voir la définition complète des services généraux et spécifiques au chapitre II, p. 26-27.

Pour les jeunes avec **déficiences intellectuelles ou troubles envahissants du développement**, des services tels que :

- o la détection et l'intervention précoces ;
- o la gestion de l'accès aux services⁵² ;
- o la stimulation globale précoce ;
- o l'évaluation des besoins de soutien des familles et autres proches⁵³ ;
- o le soutien psychosocial aux proches dès l'annonce du diagnostic, sauf lorsqu'il y a hébergement ;
- o le soutien à l'intégration et au maintien en milieu de garde et aux autres milieux d'activité ;
- o le dépannage, le gardiennage et le répit non spécialisé ;
- o l'assistance aux rôles parentaux (aide à l'alimentation ou aux autres tâches domestiques).

En rapport avec le secteur de la **déficiences physiques**, dans une perspective de maintien des acquis, les CLSC doivent offrir des services de:

- o prévention et de détection ;
- o évaluation du milieu de vie, d'adaptation de l'environnement et de sécurité à domicile ;
- o gestion de l'accès aux services⁵⁴ ;
- o stimulation globale précoce ;
- o soutien à l'intégration et au maintien en milieu de garde et aux autres milieux de vie ou d'activités ;
- o évaluation des besoins de soutien des familles et d'orientation vers les services appropriés (allocations directes et autres types de soutien) ;
- o soutien psychosocial aux familles ;
- o dépannage, de gardiennage et de répit non spécialisé ;
- o aide technique ;
- o aide et de soins à domicile ;
- o recommandations quant à l'accès aux ressources publiques et de transport .

En rapport avec les **centres jeunesse**, les CLSC doivent offrir:

- o des services visant à réduire les conséquences des problèmes psychosociaux sur les jeunes familles⁵⁵ et les familles à haut risque ;
- o des suivis psychosociaux dans les situations de grande détresse ou en présence de difficultés importantes vécues par les enfants, les jeunes et les parents⁵⁶ ;
- o l'application de protocoles d'intervention en situation de crise ;
- o des services de maintien à domicile ;

52. Information, orientation, accès à l'évaluation globale des besoins, orientation vers les services requis.

53. Information, orientation vers les services appropriés, allocations directes et autres types de soutien.

54. Voir note 52.

55. Notamment le programme de soutien aux jeunes parents (PSJP).

56. Incluant les signalements non retenus où des jeunes sont orientés vers des services psychosociaux.

- o des services de réadaptation offerts à l'extérieur des établissements pour les enfants et les jeunes présentant notamment des troubles du comportement (sauf lorsque des lois particulières s'appliquent).

Du côté des services spécifiques en **toxicomanie**, les CLSC portent la responsabilité:

- o de détecter et d'évaluer sommairement les nouveaux cas ;
- o d'intervenir précocement auprès des jeunes à risque ;
- o d'entreprendre des démarches en vue de motiver les jeunes à consulter en cas de besoin (*reaching out*) ;
- o d'offrir un suivi favorisant la réinsertion sociale et de soutenir les parents au terme d'un traitement spécialisé ;
- o d'assurer l'accès au programme de gestion de la consommation.

En rapport avec le secteur de la **santé mentale** sont offerts:

- o des services d'intervention de crise, de détection précoce⁵⁷ et de diagnostic ;
- o un suivi⁵⁸ d'ordre psychothérapeutique ou un suivi assurant un soutien individuel, familial ou de groupe ;
- o des services de coordination du plan de services individualisés (PSI);
- o des services de soutien à l'intégration sociale combinés à un suivi approprié.

OFFRE DE SERVICES SPECIALISES

En ce qui a trait aux services de deuxième ligne, chacun des secteurs doit s'assurer de pouvoir répondre aux besoins des personnes visées en mode d'urgence et selon un horaire 24/7. Les services offerts par chacun des secteurs de services spécialisés, dans chaque région, seront les suivants :

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement :

- o évaluation fonctionnelle des besoins ;
- o précision du diagnostic différentiel ;
- o adaptation-réadaptation, incluant la stimulation précoce, l'intervention comportementale intensive, le soutien à la personne et à sa famille ;
- o soutien à l'intégration et à la participation sociales (soutien dans les différents milieux de vie et d'activité) ;
- o services socioprofessionnels ;
- o soutien et gestion de services résidentiels non institutionnels ;
- o soutien aux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et à la collectivité.

Déficience physique :

- o évaluation fonctionnelle des besoins ;
- o précision du diagnostic différentiel ;

57. Servant principalement à déceler les troubles intériorisés et à dépister les jeunes suicidaires.

58. Incluant un programme de soutien pour les jeunes dont un des parents est aux prises avec un problème grave de santé mentale, ainsi qu'un service de traitement des troubles transitoires et des troubles de déficit de l'attention (TDAH).

- o adaptation-réadaptation, incluant la stimulation précoce, la réadaptation fonctionnelle intensive et le soutien aux familles et autres proches ;
- o soutien à l'intégration et à la participation sociales (soutien dans les différents milieux de vie et d'activité) ;
- o compensation des incapacités par des aides techniques ;
- o soutien aux partenaires du réseau et à la collectivité ;
- o soutien et gestion des milieux résidentiels substituts.

Centres jeunesse :

- o services liés à l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse ;
- o services liés à l'application de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents ;
- o services psychosociaux et de réadaptation spécialisés offerts à l'intérieur et à l'extérieur des établissements (lois particulières) ;
- o soutien aux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ;
- o placement et gestion de réseaux de milieux de vie substituts ;
- o services particuliers (adoption⁵⁹, antécédents, retrouvailles, médiation, expertise psychosociale en Cour supérieure).

Toxicomanie :

- o évaluation de la gravité d'une toxicomanie ;
- o réadaptation (et désintoxication) des jeunes, à l'intérieur ou à l'extérieur des établissements sur une base individuelle ou en groupe ;
- o soutien à la famille ;
- o soutien à la réinsertion sociale ;
- o soutien au milieu scolaire et intervention dans le milieu⁶⁰ ;
- o soutien au réseau de la santé et des services sociaux.

Santé mentale :

- o évaluation et diagnostic ;
- o consultation et liaison à l'intérieur des établissements ;
- o conseil et soutien aux médecins omnipraticiens, aux pédiatres, aux intervenants de la première ligne et aux partenaires offrant des services spécialisés ;
- o services d'intervention en urgence, en clinique externe, traitement, insertion sociale et suivi ;
- o hôpital de jour ;
- o expertise médico-légale et évaluation de l'aptitude à subir son procès⁶¹ ;
- o hospitalisation de courte durée (observation, stabilisation, traitement).

59. L'offre de certains services postérieurs à l'adoption offerts en CLSC doit faire l'objet d'un examen particulier.

60. L'intervention dans le milieu ne s'effectue que dans les grands centres urbains.

61. Pour les établissements désignés par décret.

Entente multilatérale

L'ensemble des services spécifiques et spécialisés sont offerts dans une perspective de complémentarité et de continuité. Pour actualiser les principes à la base du fonctionnement des réseaux de services intégrés et pour concrétiser leur engagement à se concerter, le comité recommande que les établissements de la région offrant des services spécifiques et spécialisés aux enfants et aux jeunes adhèrent à une *entente multilatérale de concertation* prévoyant l'identification de leur répondant ainsi que l'adoption d'un mode de coordination, d'arbitrage, d'évaluation et de suivi. Le libellé de cette entente est présenté à l'Annexe III.

Cette entente, qui reconnaît l'appartenance à un réseau de services intégrés, est signée par tous les directeurs généraux d'établissements concernés, sur résolution de leur conseil. En rapport avec cette entente, l'agence régionale fixe les délais et définit les cibles, avec les établissements, au regard du financement disponible et à partir des critères établis par le Ministère. Elle voit aussi à résoudre les litiges éventuels et s'assure du suivi et de l'évaluation périodique de ces mécanismes. Il est souhaitable que les agences, conjointement avec les associations d'établissements concernées, voient à la préparation d'un guide d'implantation de cette entente.

Cette entente pourra être complétée par des protocoles plus pointus, définissant de manière davantage opérationnelle les divers modes de collaboration possibles ou souhaités. Par ailleurs, les équipes d'intervenants jeunesse, rattachées aux réseaux locaux de services, auront pour tâche, en présence de cas complexes ou comportant de multiples problèmes, de faciliter la coordination et la résolution de problèmes, et d'assister la prise en charge des jeunes, en soutenant, lorsque cela est nécessaire, le recours à des plans de services individualisés. S'il advenait un litige qui ne pouvait se régler directement entre les établissements, l'agence régionale aura prévu un mécanisme⁶² qui permettra de déterminer la responsabilité de chaque établissement.

Ratio des places d'hébergement

On ne peut clore ce chapitre concernant l'offre régionale de services sans aborder la question des places régionales d'hébergement ou d'hospitalisation (en psychiatrie) et de leur disparité. Ces places représentent généralement les services les plus coûteux offerts aux jeunes⁶³. Or, ces places ne sont pas offertes présentement de façon comparable et équitable dans les diverses régions du Québec (voir le tableau à la page suivante sur la disparité des ressources d'hébergement et d'hospitalisation par secteur et par région).

62. L'utilisation de ce mécanisme doit être réservé aux seuls cas présentant de multiples problèmes où un arbitrage est absolument nécessaire (voir les détails au chapitre suivant).

63. Voir Pierre Roberge, *Le système québécois d'aide aux jeunes en difficulté et à leurs parents*, Service de l'évaluation, MSSS, novembre 1991 ; divers états de situation plus récents ont confirmé à leur tour les chiffres relatifs à la proportion des investissements consentis du côté de l'hébergement.

Places d'hébergement et lits d'hospitalisation par région et par secteur

Régions																														TOTAL	
01		02		03		04		05		06		07		08		09		11		12		13		14		15		16			
Secteur	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	
Centre jeunesse	84	358	119	686	286	1017	158	1249	122	695	1073	2802	107	573	77	411	64	270	42	296	146	716	265	238	139	238	216	685	524	1988	15644
DI-TED	X	44	X	32	X	92	X	36	X	X	X	172	X	X	X	27	X	X	X	9	X	39	X	14	X	62	X	74	X	105	706
DP	X	X	X	X	X	X	X	6	42	106	X	X	X	X	X	3	X	X	X	X	X	X	3	X	8	X	X	X	X	1	169
Toxicomanie	X	X	12	9	12	X	12	X	X	X	36	X	10	X	X	X	X	X	X	X	32	X	X	X	12	1	40	X	X	X	176
Santé mentale	X	X	10	1	30	X	X	X	X	X	151	6	21	X	X	X	X	X	7	X	8	X	X	2	X	7	X	X	17	X	260
TOTAL	84	402	141	728	328	1109	170	1285	122	701	1302	3086	138	573	77	441	64	270	49	305	186	755	265	257	151	316	256	759	541	2094	

A – Correspond aux places institutionnelles ou aux lits d'hospitalisation

B – Correspond aux places dans les ressources intermédiaires ou dans les ressources de type familial

Centre jeunesse : nombre de places réelles au 31 mars 2002

DI-TED et DP : nombre d'usagers selon la problématique placés en RI ou RTF au 31 décembre 2003

Toxicomanie : en sus des centres publics, on retrouve dans ce réseau des ressources supra régionales offrant un certain nombre de places, tel le Centre Portage ou le Centre Jean-Lapointe pour adolescents

Santé mentale A : lits dressés en psychiatrie (enfant) en 2001-2002

Depuis plus d'une vingtaine d'années, dans l'ensemble des régions, les centres de réadaptation pour enfants et pour jeunes connaissent des taux d'occupation passablement variables et certains éprouvent des problèmes d'engorgement ponctuels ou saisonniers, voire pratiquement chroniques dans certains cas. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces situations : existence ou non de solutions de rechange au placement (telles que l'intervention de crise), variabilité des mesures de répit, plus grand nombre de contrevenants, manque de services de réadaptation externes, plus grande diversification des modes régionaux d'hébergement, tendance plus prononcée de certains juges à ordonner des mesures de placements institutionnels etc.

Au-delà de l'engorgement, le Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse, dans son analyse interrégionale des mesures d'hébergement notait, en 1998, des écarts très significatifs, tant en ce qui concerne le **ratio de places** disponibles que la fréquence du placement institutionnel. Ainsi, une région disposant d'une place pour 906 jeunes (1/906) affichait un taux de 3,5% de placements institutionnels tandis qu'une autre disposant d'une place pour 240 jeunes (1/240) obtenait un pourcentage de 19% de placements. Sur la base de ces données, le groupe recommandait d'établir un ratio provincial (places/population de jeunes) des ressources d'hébergement institutionnel, en assurant à chaque région un nombre minimal de places et en leur permettant de, disposer, par ailleurs, d'une marge de manœuvre financière pour faire face aux périodes d'engorgement⁶⁴.

Cette volonté de rationalisation, bien que séduisante, se révèle très complexe, dans la mesure où il ne s'agit pas ici d'utiliser une procédure établie ou d'appliquer simplement la loi de la moyenne. Pour parvenir à un tel résultat, il faudrait tenir compte au préalable de l'économie des ressources communautaires et sociales des différentes régions, des taux de prévalence et de «défavorisation», ainsi que d'une série d'autres facteurs liés entre autres aux modes de pratique professionnelle⁶⁵. Comme l'a bien démontré McGarrell⁶⁶, qui a documenté les taux variables de places d'hébergement dans les divers États américains, *ces taux sont toujours déterminés conjointement par un éventail de facteurs d'ordre politique, social, financier, culturel et bureaucratique*. Il a ainsi observé, sur une période de près de quinze ans, qu'un peu plus de 40% des États réduisaient leurs taux de places, parfois de façon très importante (le Vermont a réduit le sien de 84%) tandis que près de 60% l'augmentaient, parfois considérablement (plus du double dans le cas de l'Alaska). Une analyse récente⁶⁷ traitant des approches de réadaptation en Europe faisait état de constatations similaires, observant une grande variabilité des ratios de places résidentielles, avec des baisses marquées en Belgique, en Angleterre et en Norvège mais avec des hausses en Pologne et en Hollande ; on

64. Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse, *État de situation et recommandations en regard des listes d'attente en protection de la jeunesse et de l'accessibilité aux services jeunesse*, 24 juin 1998, p. 18.

65 Voir les travaux de Robert Granger sur les taux régionaux de défavorisation.

66. E.F.McGarrell, «Differential Effects of Juvenile Justice Reform on Incarceration Rates of the States», *Crime and Delinquency*, 1991, vol. 37, n° 2, p. 262-280.

67. M. Colton et M.Williams, «Issues in Residential Care», *The International Youth and Care Network*, vol. 5, n° 3, sept. 2002, p. 8-16.

retrouve aussi en Europe une variation similaire entre le ratio du placement institutionnel et celui du placement familial.

Le mode de fonctionnement basé sur des ratios places/population jeunesse, suggéré par le groupe d'experts en organisation clinique apparaît difficile à réaliser et la réduction paramétrique des places utilisées ne semble pas non plus la solution à privilégier ; le rapport Corriveau en a fait amplement la démonstration⁶⁸.

Une meilleure rationalisation des ratios régionaux passerait avant tout par une analyse des pratiques professionnelles. Comme le souligne Daro⁶⁹, l'articulation des services de première et de deuxième ligne, ainsi que la mise en place de stratégies conjointes d'intervention, constitue un passage obligé pour mettre en place des pratiques davantage préventives et des mesures de prise en charge plus efficaces. Afin de favoriser une plus grande rationalisation des places en région, Corriveau⁷⁰ propose, quant à lui, un examen plus pointu des diverses mesures affectant directement le placement, incluant l'analyse des services de réadaptation en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, des processus d'accès aux internats, des modalités d'arrêt d'agir, des cas dirigés vers les services d'urgence sociale, des durées de placement, du recours à la judiciarisation, de l'utilisation des ressources de répit ou d'hébergement intermittent, de la réinsertion sociale, de la contribution des services de réadaptation externe au désengorgement, de la collaboration avec les partenaires, des possibilités de réintégration scolaire en cours d'année.

Une autre avenue pourrait être, par exemple, de resserrer davantage, à l'instar des Belges, les possibilités de placement accordées par la LPJ⁷¹.

Le comité, ne disposant pas de l'ensemble des données lui permettant d'effectuer les analyses requises, croit néanmoins important de formuler des orientations visant à harmoniser davantage le recours au placement et la disponibilité des ressources.

Avant de statuer précisément sur les ratios de places en région et afin que les services régionaux présentent une «offre comparable, équitable» et, surtout, accessible au bon moment pour ceux qui en ont réellement besoin, il y a lieu d'examiner l'économie générale des interventions auprès des enfants et des jeunes. Il faut notamment s'assurer que la réadaptation à l'intérieur des établissements constitue une partie intégrante et indispensable du continuum de services régionaux ; cette mesure ne doit pas en être une aboutissant au «storage»⁷² ou à l'intervention en bout de ligne, mais

68. Pierre Corriveau, *L'accès aux services internes en centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation des cinq régions du grand Montréal*, octobre 2000, p.37.

69. Deborah Daro et Anne Cohn Donnelly, «Charting the Waves of Prevention: Two Steps Forward, One Step Back», *Child Abuse and Neglect* (2002), Vol. 26, p. 731-742.

70. P. Corriveau, *op. cit.*, p.46.

71. Voir à ce sujet Lucie Lemonde, «Les taux de placement des jeunes en institution : l'écart entre la Belgique et le Québec», *Criminologie* (2003), vol. 36, n° 1, p. 177-198.

72. Pour utiliser une expression des D^r Yvon Gauthier et Gilles Fortin, «Des enfants en «storage» ou la violence du système», *Prisme*, 1992, 3, n° 1, p.70-76.

doit constituer un chaînon réellement nécessaire, relié de façon interactive aux autres stratégies régionales d'intervention.

Cela dit, il importerait de réduire les disparités interrégionales qui ne tiennent qu'à des facteurs historiques ou à des découpages administratifs, et qui entraînent une répartition inégale des ressources entre les diverses régions. À cette fin, le comité souhaite que chaque région puisse analyser ses pratiques et s'assurer de la qualité de l'ensemble de sa gamme de services ; une attention particulière devrait toutefois être portée au placement pour vérifier que celui-ci ne se soit fait pas constamment en urgence ou par défaut (en l'absence de solutions de rechange, telles des mesures d'intervention de crise ou de répit) et qu'il corresponde aux orientations sur le retrait du milieu familial que le ministère compte diffuser prochainement.

Alors que l'Opération 30,000 révélait que plus de trente mille enfants étaient placés au Québec au début des années 1980, les données comparables, en date du 31 mars 2003, en comptaient 13,363⁷³. Le réseau de places institutionnelles pour les jeunes désignés antérieurement comme des *mésadaptés socioaffectifs*, qui comptait plus de 7,000 places, lors de la tournée du comité Batshaw en 1975, se maintient quant à lui de façon stable à un niveau d'environ 4,000 places depuis le milieu des années 1980. Une évaluation régulière de ces places dans les différentes régions révèle depuis près d'un an que le nombre de places vacantes, sans égards aux types de places⁷⁴, correspond pratiquement dans ce réseau aux places utilisées en surnombre (ou en période d'engorgement) dans les programmes les plus en demande. Cette situation n'est pas sans soulever des questions, dans certaines régions, quant aux mécanismes de régulation et d'ajustement des divers types de places régionales, en fonction des besoins spécifiques des jeunes.

Tenant compte à la fois d'une baisse démographique de l'ordre de 12% entre 1981 et 2002⁷⁵, des progrès réalisés dans la diversification des modes d'intervention et de la taille du parc de places résidentielles, le comité, convaincu de la valeur du placement et de la nécessité de bien l'encadrer, croit nettement suffisantes les ressources actuellement disponibles et pense qu'il serait utile de fixer des balises quant aux services d'hébergement requis dans l'ensemble des régions. Il est en effet important de faire clairement apparaître le nombre de placements observés dans les différentes régions, en relation avec l'ensemble des pratiques de l'offre régionale de services. Le comité recommande donc aux agences régionales d'évaluer annuellement le fonctionnement de leur région quant au taux de placement, à partir des moyennes provinciales observées.

73. Données de l'AS-480 représentant le total pour une journée donnée et correspondant à la mesure utilisée par l'Opération 30,000 ; par ailleurs, selon l'AS-471, sur une base annuelle, on aboutit à un total de 28,431 enfants différents placés dans les divers types de ressources d'hébergement pour 2002-2003.

74. Places pour garçons ou pour filles, places ouvertes ou fermées etc.

75. Baisse de 211,648 enfants et jeunes dans la catégorie des 0-17 ans, dans l'ensemble du Québec : données Écho-Santé Québec, 2003.

Le comité recommande parallèlement au ministère de la Santé et des Services sociaux de se doter d'un cadre de référence sur l'hébergement, basé sur des données probantes. Ce cadre de référence devrait prendre en considération les besoins des jeunes, se baser sur les standards internationaux, examiner les exigences d'un financement adéquat (notamment le *per capita* pondéré) et proposer, au besoin, un ou des projets pilotes permettant d'expérimenter des pratiques innovantes et d'évaluer leur efficacité. Depuis les travaux du comité Batshaw en 1975, bien peu d'orientations structurantes ont été fournies pour ce secteur d'intervention très exigeant.

Maintenant que le profil de l'offre régionale de services spécialisés est dessiné, le chapitre suivant abordera des orientations particulières et divers aspects du fonctionnement régional en rapport avec les questions d'accessibilité des services, de coordination, de règlement des litiges et d'indicateurs ; le rôle des EIJ y sera notamment précisé.

Recommandations

- o **Le comité recommande une structure de services basée sur une offre de services à deux paliers où les services de première ligne, outre les services généraux, comprendraient des services spécifiques nettement définis et complémentaires avec ceux de chacun des secteurs de services de deuxième ligne. Le comité préconise une offre de services spécialisés explicite, complémentaire et interconnectée entre les divers secteurs du réseau.**
- o **Le comité recommande aux agences régionales d'effectuer l'examen annuel des placements des enfants et des jeunes dans leur région, à la lumière des moyennes provinciales et des orientations ministérielles, puis d'utiliser ces données comme levier pour mieux harmoniser les divers modes d'intervention sur leur territoire.**
- o **Le comité recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux de se doter d'un cadre de référence sur l'hébergement des enfants et des jeunes tenant compte des besoins de ceux-ci, des standards internationaux et de paramètres de financement conçus en fonction d'une approche populationnelle pondérée.**

CHAPITRE IV

MODALITÉS DU FONCTIONNEMENT RÉGIONAL

Une collaboration interorganisationnelle permet l'élargissement de la vision de chaque partenaire impliqué, multiplie les perspectives, favorise l'énoncé et l'émergence d'idées nouvelles, offre un éventail élargi de solutions.

Claude Larivière⁷⁶

Ayant précisé, au chapitre précédent, en quoi consiste l'offre régionale des services aux enfants, aux jeunes et à leur famille, le comité, pour s'assurer que les modes de gestion et les pratiques évoluent simultanément et que les services s'intègrent véritablement, a voulu préciser certains mandats des établissements, clarifier les modalités d'accès aux services de même que les règles à suivre pour diriger un jeune vers un service donné, confirmer le rôle des EIJ, permettre une certaine suppléance suprarégionale, favoriser les ententes intersectorielles, prévoir la solution des litiges et définir le mode de détermination des indicateurs de suivi.

Précision des mandats et hiérarchisation de certains services

En l'absence d'une taxinomie reconnue des besoins des jeunes, le comité a préféré s'en tenir à une approche globale de ces besoins, en relation avec les différentes missions des établissements. Bien qu'elles permettent de tracer le profil global de la population qu'elles visent respectivement, ces missions recèlent cependant des zones grises qui appellent des clarifications et des interprétations précises pour aboutir à une gamme de services cohérente et complémentaire. La solution pour éliminer les zones grises ne passe pas, selon le comité, par une révision structurelle de ces missions, mais plutôt par des ajustements fonctionnels. Des orientations particulières peuvent permettre d'en arriver à des services mieux connectés et *réseautés*, répondant ainsi davantage aux besoins des jeunes et de leurs familles. Cette harmonisation gagnerait à être reconnue et rendue formelle par l'engagement de chaque établissement dans le cadre d'une *entente multilatérale de concertation*⁷⁷, ainsi que nous l'avons dit précédemment.

Les orientations plus particulières que le comité a tenu à formuler touchent certains groupes auxquels les services disponibles sont présentement offerts de manière

76. Claude Larivière, «Les réseaux intégrés de services : fondements, définitions et modes d'organisation», extrait du *Guide pour soutenir le partenariat dans le secteur Famille-Enfance-Jeunesse*, ACCQ-ACJQ, 2001.

77. Voir l'annexe III.

inadéquate; ainsi, afin de permettre un fonctionnement harmonieux de l'offre régionale de services et de corriger certaines situations problématiques qui perdurent au sein du réseau, le comité a cru bon de recommander ce qui suit :

- L'organisation des services en matière de santé mentale aura à sa base des services de première ligne clairement définis, comme cela est prévu dans l'offre de services proposée et reposera aussi sur une hiérarchisation⁷⁸ formelle des services, où les psychiatres appuieront les omnipraticiens et les pédiatres (on s'attend de tous les services de psychiatrie qu'ils proposent une gamme complète de services pour les enfants et les jeunes). Afin de pouvoir offrir des services adéquats à certains cas aigus, chaque région devra disposer de services d'hospitalisation; à cette fin, un ou des établissements seront désignés régionalement pour offrir des lits de pédopsychiatrie. Si le nombre de cas est trop peu élevé ou pour toute autre raison, et qu'aucun établissement n'est désigné, une entente interrégionale devra alors être conclue par l'agence régionale concernée avec une autre région pour que la région touchée ait accès, de façon privilégiée, lorsque cela est nécessaire, à de tels lits d'hospitalisation. Cette orientation n'exclut pas, par ailleurs, la possibilité qu'un département de psychiatrie ou de pédiatrie, dépendamment de l'âge d'un enfant, puisse effectuer régionalement une hospitalisation à des fins d'observation ou de stabilisation.
- L'une des difficultés récurrentes du réseau touche particulièrement les centres jeunesse qui doivent assumer la réadaptation spécialisée de plusieurs centaines de jeunes éprouvant, outre des problèmes de comportement ou de maltraitance, de sérieux problèmes de santé mentale sans avoir accès aux ressources, aux programmes ou à l'encadrement appropriés. Le comité recommande donc de confier clairement ce type de réadaptation aux centres jeunesse, en s'assurant que ceux-ci puissent transformer et adapter leurs capacités d'accueil en fonction des exigences spécifiques de ces jeunes. Le comité insiste pour que les centres jeunesse puissent disposer de l'expertise nécessaire (notamment en vue d'adapter leur infrastructure et de former adéquatement leur personnel clinique grâce à un financement adéquat), et qu'ils puissent compter sur la collaboration formelle des services de première ligne ainsi que sur un encadrement médical et psychiatrique garanti; il est souhaitable que ce dernier type de ressources puisse être obtenu par l'entremise des activités médicales particulières (AMP) et inscrit au plan régional des effectifs médicaux (PREM). Cette solution créera enfin, pour les jeunes visés, le chaînon manquant depuis tant d'années entre les services dans la communauté et l'hospitalisation, sans toutefois diminuer les responsabilités actuelles des services de première ligne et de psychiatrie.
- L'hébergement des jeunes ayant une déficience intellectuelle est confié au leadership des CRDI⁷⁹, qui sont reconnus comme les mieux outillés pour héberger et réadapter ces jeunes. Les CRDI pourront bénéficier, lorsque cela est nécessaire du soutien approprié du secteur de la santé mentale pour les jeunes

78. Telle que définie par le Collège des médecins.

79. Incluant les RI, RTF, RRR et RAC.

présentant des troubles mentaux associés, et de celui des CJ pour les jeunes faisant l'objet d'une intervention en vertu de la LPJ ou de LSJPA. Toutefois, dans le cas où il y aurait application de mesures d'urgence ou mise sous garde, les CJ conserveront la responsabilité d'offrir, en collaboration avec le secteur des CRDI, des lieux d'hébergement appropriés. Afin de relever le défi proposé, les CRDI devront disposer d'une infrastructure et d'un financement adaptés, et avoir un personnel adéquatement formé.

- Le comité a aussi arrêté des orientations touchant l'accès aux services : l'évaluation des besoins des jeunes (en portant une attention particulière à ceux qui présentent des problèmes importants et multiples) et l'urgence d'intervenir doivent prévaloir sur l'ordre chronologique des listes d'attente ou sur les automatismes des procédures ; les critères cliniques doivent être prépondérants ; les règles destinées à accorder la priorité de tel ou tel cas, de même que les critères utilisés, doivent être nettement définis et transparents et prévoir des délais maximaux assurant le traitement des dossiers moins urgents ; *l'Entente multilatérale* doit véhiculer et promouvoir cette vision.
- En tenant compte du partage des cas CJ/CLSC, le comité a prévu que la prestation des services de réadaptation en externe se fera par les CJ, essentiellement pour les jeunes couverts par la LPJ ou la LSJPA, tandis que pour les jeunes suivis en vertu de la LSSS, ces services seront offerts par les CLSC.
- Afin de favoriser l'engagement concerté de tous les secteurs régionaux offrant des services de santé et des services sociaux aux enfants et aux jeunes, il est prévu que les établissements adhèrent à *l'Entente multilatérale de concertation entre les réseaux de services pour les enfants, les jeunes et leur famille* ; cette entente définit les objectifs du réseau régional de services, prévoit des modes de collaboration et de fonctionnement, notamment quant à l'accès aux services, à leur coordination, à la solution des litiges et aux indicateurs. Il s'agit d'un engagement contractuel, liant les plus hautes instances des établissements, et visant non seulement à favoriser la concertation et la complémentarité des services, mais aussi leur amélioration. Cet engagement doit en outre permettre de mieux définir les pratiques recommandées.
- À la lumière des récentes données sur le réseau de médecins experts en maltraitance et pour assurer, en vertu de la LPJ, la disponibilité des médecins spécialisés en maltraitance, le comité recommande de soutenir le développement régional de l'expertise à cet égard et de faciliter les relations entre médecins et DPJ.

Mode d'accès aux services

Dans l'esprit des membres du comité, l'offre des services enfance-jeunesse des réseaux de services intégrés étant proposée par deux paliers interactifs, bidirectionnels et fortement concertés, il n'est pas nécessaire de prévoir de porte d'entrée formelle avec système de triage et de répartition. Les trajectoires et cheminements des enfants

et des jeunes selon leurs problèmes sont déjà très diversifiés ; ainsi, il arrive très souvent actuellement que des enfants présentant des problèmes de déficience physique ou des signes d'abus ne passent pas du tout par les services de première ligne. Ce qui importe réellement, c'est, à chaque fois, de bien évaluer les besoins⁸⁰, de déterminer quels sont les services requis et de s'assurer que, si des partenaires sont nécessaires à la prestation de certains services, ils soient associés rapidement et de manière personnalisée au processus, et ce, en maintenant le plus possible la continuité de l'intervention.

Il s'agit, pour l'essentiel, de mettre en place les services les mieux adaptés et les plus complémentaires possibles. Il faut adapter, en somme, le service à l'enfant plutôt que l'enfant au service et renverser l'ordre des choses souvent instauré dans le cadre des pratiques administratives «en silo». On peut notamment y arriver en se basant davantage sur des diagnostics différentiels véritablement axés sur les besoins, et en mettant au point, en commun, certains outils⁸¹ et expertises.

C'est dans ce sens que l'*Entente multilatérale* a été formulée, en vue de relier sur un mode de collaboration opérationnel les divers établissements⁸². Cette approche n'exclut pas, par ailleurs, la formulation de protocoles régionaux plus pointus précisant des modes de fonctionnement plus particuliers ou fixant des seuils d'intervention précis. Parallèlement, des ententes doivent aussi être conclues entre les réseaux de services intégrés et avec les partenaires intersectoriels. Cette dernière dimension sera abordée plus loin dans ce chapitre.

Rôle des EIJ

Les équipes d'intervention jeunesse ont été conçues pour relever les défis les plus importants du réseau jeunesse en se consacrant essentiellement à l'intervention clinique dans les cas complexes et présentant de multiples problèmes. Tablant sur l'offre régionale de services et sur les modalités de concertation du réseau jeunesse, ces équipes s'assurent, pour la minorité de jeunes pour lesquels les arrimages entre les services et entre les secteurs sont compliqués, de trouver des solutions adaptées, éliminant les zones grises et favorisant les collaborations locales et régionales. Ces équipes ont entre autres pour tâche d'appuyer les intervenants du réseau et de soutenir la continuité et la complémentarité des services offerts aux jeunes, même si cela implique parfois la mise en place de solutions inusitées ou conçues sur mesure.

Ces équipes s'assurent aussi de l'évaluation globale des besoins des jeunes et de l'accessibilité des services requis, en coordonnant la mise en place et le suivi d'un plan de services individualisé, exigeant au besoin des apports intersectoriels. Les EIJ viennent, comme le souhaitait le rapport Harvey II, mobiliser le réseau autour de ces jeunes⁸³.

80. En s'associant, si nécessaire à un autre secteur.

81. Les expériences avec l'ICBE ou avec Dep-Ado constituent des exemples très éclairants à cet égard.

82. Voir l'annexe III.

83. Rapport Harvey, p. 128.

Malgré un démarrage plus ou moins rapide selon les régions, les évaluations préliminaires démontrent que l'utilisation de ces équipes est prometteuse. Le comité appuie donc le développement des EIJ et souhaite que tous les réseaux locaux ayant un bassin de population suffisant puissent compter sur une telle équipe pour favoriser l'harmonisation des services auprès des jeunes aux prises avec des besoins multiples et complexes. Le comité insiste toutefois sur la nécessité de tirer profit des évaluations de ces équipes sur le terrain pour ajuster au besoin les orientations.

Suppléance suprarégionale

Chaque région doit normalement être en mesure de pourvoir à l'ensemble des services prévus dans l'offre régionale de services. Il peut toutefois arriver que, pour des raisons de densité démographique ou à cause du découpage territorial, une région préfère convenir d'une entente avec une région limitrophe ou voisine pour offrir certains des services prévus. Cette entente ne peut cependant concerner que les services attendus de chaque région et non pas des services surspécialisés. La région qui a recours à une telle entente doit s'assurer que les enfants et les jeunes ne soient pas pénalisés par celle-ci, ni en ce qui a trait à l'accès aux services, ni en raison d'un éloignement excessif.

Le chapitre suivant abordera la question des services surspécialisés (ou de troisième ligne) et des mécanismes, dans ce contexte, du transfert extrarégional. Le comité veut toutefois souligner ici la situation des élèves qui doivent être hébergés dans une autre région à des fins de scolarisation. Normalement, lorsqu'il s'agit exclusivement de scolarisation, ces enfants ou ces jeunes sont placés sous la responsabilité de leur commission scolaire, qui fournit une «aide à la pension»⁸⁴ pour leur hébergement; cette mesure ne peut toutefois s'appliquer, notamment, lorsqu'un élève est placé en vertu de la LPJ ou de la LSSS. C'est alors la *Politique provinciale relative au transfert interrégional des usagers en ressources de type familial*, adoptée en 1995 par les directeurs généraux des régions régionales, qui s'applique. Celle-ci prévoit, sommairement, que la région d'origine de l'utilisateur demeure responsable professionnellement et financièrement de celui-ci, tandis que la région qui le reçoit demeure responsable administrativement et professionnellement de la ressource utilisée.

Ententes intersectorielles

La réponse aux besoins des jeunes ne se limite pas aux services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux. Le développement des jeunes passe en effet par l'accès à d'autres services, offerts notamment par les services de garde, par le réseau de l'éducation, par le secteur des loisirs, par les partenaires de la justice etc. Les objectifs de continuité et de complémentarité qui guident les partenaires des divers

84. Mesure 30110 du MEQ.

secteurs du réseau de la santé et des services sociaux doivent aussi prévaloir pour l'ensemble de ces services.

Les orientations et propositions contenues dans le rapport *Agissons en complices*, publié par le MSSS en 1998 restent d'une grande actualité pour favoriser et guider ce type de concertation. Ce rapport, consacré à l'établissement d'une stratégie conjointe du développement des enfants et des jeunes, a tracé d'importantes balises visant à favoriser un engagement commun, à agir en amont, à améliorer les services et à tendre vers une gestion par résultats entre les réseaux. Bien que quelques années soient passées depuis la production de ce rapport, il demeure d'une grande pertinence et les solutions envisageables qui y sont avancées demeurent opportunes si l'on effectue les quelques ajustements qui permettent de tenir compte de l'évolution du contexte.

L'entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le **réseau de l'éducation**, intitulée *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes*, parue en 2003, offre de façon précise, en se basant sur des données actuelles, un cadre conjoint pour articuler des interventions complémentaires. Un effort important y a été consenti pour harmoniser les définitions et les modalités de coordination. Le comité considère que cette entente propose un cadre de coordination extrêmement intéressant, mais souhaiterait que celle-ci puisse être plus opérationnelle et pragmatique. Le type de concertation souhaité avec les milieux scolaires, en raison de la répartition des pouvoirs entre les instances régionales, sous-régionales et locales, échappe en partie aux intentions du projet d'entente et apparaît donc très difficile à adopter dans sa forme actuelle. Pour cette raison, le comité recommande de convenir avec l'instance régionale, à partir de l'entente globale, de balises qui faciliteront l'entente sur les plans local et sous-régional. Le comité juge en effet qu'il est d'une importance majeure d'établir des liens privilégiés et de partager les responsabilités avec ce milieu de vie, et souhaite vivement que le maximum d'efforts soit fait pour rapprocher les commissions scolaires des réseaux locaux de santé et de services sociaux⁸⁵, que la prévention soit le plus possible intégrée directement dans les programmes scolaires, et que les CLSC participent à l'intervention, avec l'accord des parents, lorsque des jeunes risquent l'expulsion, qu'ils ne fréquentent pas l'école ou font preuve d'absentéisme.

Du côté des **centres de la petite enfance (CPE)**, la création de places réservées au réseau de la santé et des services sociaux apparaît comme une très importante mesure en vue de faciliter la socialisation, la préparation à l'école et l'intégration sociale. Cette mesure offre une alternative au placement pour de nombreux enfants à risque ou ayant une déficience. Le comité souhaite donc que le réseau de la santé et des services sociaux mette tout en œuvre pour soutenir ce milieu de vie plutôt que de procéder à des prises en charge dans son propre réseau. Le soutien aux CPE (et aussi à l'ensemble du réseau des garderies privées et scolaires) doit donc être une très nette

85. La mise en place de services selon le modèle Dryfoos serait à privilégier, à tout le moins à titre de projet pilote. Voir notamment à ce sujet Rollande Deslandes et Richard Bertrand, «Une meilleure harmonisation des services offerts aux jeunes à risque et à leur famille : que savons-nous ?», *Santé mentale au Québec* (2002), vol. XXVII, n^o. 1, p. 136-153.

priorité. La clarification des rôles et des mécanismes de coordination, tout comme l'organisation des modes d'intégration en milieu de garde, seraient à revoir pour s'assurer de la plus grande complémentarité possible. L'expulsion de certains enfants de leur milieu de garde, sans que les responsables de cette expulsion aient au préalable recherché la collaboration des instances de la santé et des services sociaux, inquiète les membres du comité, qui sont aussi soucieux de l'absence d'ouverture de ces milieux, notamment face à l'intégration d'enfants suivis par le secteur DI-TED. Il revient au réseau de la santé et des services sociaux, compte tenu des ressources disponibles, d'offrir aux CPE et autres milieux de garde, dans une perspective de coresponsabilité basée sur l'expertise spécifique de chaque instance, un maximum de mesures de soutien pour contrer le plus possible l'exclusion. Le réseau devra aussi mettre en place, avec le personnel des CPE, des mesures d'aide visant à soutenir davantage la mission d'insertion sociale⁸⁶ de ceux-ci.

Pour les **jeunes en transition vers l'âge adulte** et qui risquent de se retrouver plus ou moins sans services, la situation est préoccupante parce que la rareté de mesures de soutien à leur intention, combinée à des règles parfois contradictoires, complique souvent l'accès au logement, à la formation professionnelle ou à l'intégration à l'emploi⁸⁷. Les services relatifs à l'emploi, à la solidarité et à l'aide sociale souffrent d'un mode d'arrimage complexe et de moyens d'information lacunaires. Le comité recommande d'élaborer sans plus tarder, sur la base des réseaux locaux, des stratégies de transition permettant d'harmoniser les pratiques et de créer un relais dans l'intervention, sans changer abruptement de structure et en misant notamment⁸⁸ sur les acquis du projet de qualification des jeunes, actuellement en évaluation⁸⁹. Le réseau de la santé et des services sociaux se doit, sur le plan régional, d'assurer des liaisons fonctionnelles avec les réseaux responsables du logement, de la formation professionnelle et de l'intégration à l'emploi. Il importe de demeurer vigilant par rapport à l'évolution des programmes et à la mise à jour des informations utiles pour les établissements travaillant auprès des 16-19 ans.

Par ailleurs, en matière de logement, alors que le réseau de l'habitation est aux prises avec des listes d'attente de plusieurs années, des assouplissements aux règles financières des établissements sont vivement souhaitées en vue de rendre possible des investissements pour adapter les ressources résidentielles de type familial et de permettre aux jeunes ayant une déficience physique une meilleure insertion dans la

86. Voir Comité provincial sur l'intégration des enfants handicapés dans les services de garde, *Guide pour faciliter l'action concertée en matière d'intégration des enfants handicapés dans les services de garde du Québec*, MFQ, 2001, 56 p.

87. Ceci dit, il existe néanmoins certains programmes exemplaires comme les CEFER ; on note aussi que l'ACJQ a adopté en décembre 2001 un avis (3.8.1) intitulé *Protocole d'entente entre le centre jeunesse et le directeur général de la sécurité du revenu pour favoriser l'intégration aux jeunes adultes ayant transité par les centres jeunesse*. Il faut enfin souligner un important projet interministériel (MEQ, MESSF, MFE, MRCI, MSSS) en préparation sur *la continuité des services destinés aux 16-24 ans*.

88. Voir aussi le volet MSSS/MEQ sur les jeunes de 16 à 24 ans et l'avis du Conseil de la santé et du bien-être, *Quel temps pour les jeunes ? La participation sociale des jeunes*, 2001, 63p.

89. Voir la rubrique *Qualification des jeunes* sur le site www.acjq.qc.ca.

communauté. Parallèlement, il serait aussi souhaitable que les établissements puissent gérer les banques de ressources ainsi adaptées.

Enfin, avant de terminer cette section consacrée aux arrimages hors réseau, il n'est pas inutile de rappeler que les EIJ ont aussi un rôle important à jouer lorsqu'il s'agit de rendre possible des arrimages intersectoriels dans des dossiers complexes.

Mécanisme régional de traitement des litiges

L'*Entente multilatérale* prévoit que les établissements régleront d'éventuels litiges par l'intermédiaire des répondants qu'ils auront formellement identifiés. S'il advenait un litige qui ne pouvait se régler directement entre les établissements, l'agence régionale aura prévu un mécanisme⁹⁰ qui permettra de déterminer la responsabilité de chaque établissement.

En ce qui concerne les jeunes ayant de multiples problèmes, les protocoles prévus et les EIJ devraient jouer un rôle de filtre important pour favoriser l'harmonisation des services dans un maximum de cas, avec comme résultat, qu'encore moins de jeunes se retrouveraient dans le «1%» des cas complexes. Pour certains cas particuliers et exceptionnels, un mécanisme régional, disposant d'une marge de manœuvre, restera toutefois nécessaire; ce mécanisme relevant de l'agence régionale, pourra se doter d'un fonds spécial et compenser le coût de la surcharge occasionnée à l'établissement responsable du suivi. Ultimement, dans un cas litigieux, il appartiendra à l'agence régionale de déterminer la responsabilité précise de chaque établissement.

Indicateurs

Il faudra prévoir un mécanisme pour définir et mettre à profit les indicateurs nécessaires pour suivre l'application de l'*Entente multilatérale*. Il importe surtout de pouvoir tirer profit des solutions qui seront expérimentées dans ce nouveau cadre de collaboration et de tirer certaines conclusions de leur application. Les indicateurs pourront être établis par le MSSS, qui devra tenir compte des travaux du Conseil québécois d'agrément (CQA), dont le rôle est précisément, en vertu du projet de loi 113, de s'assurer de la qualité des services des établissements en évaluant systématiquement et périodiquement un ensemble de dimensions touchant leur fonctionnement, notamment la conformité de leur offre de services aux standards prescrits et l'actualisation de leurs responsabilités en regard de la complémentarité locale et régionale de services.

Le fonctionnement en réseaux de services intégrés devra favoriser la standardisation de la pratique professionnelle et l'adoption de meilleures pratiques basées sur des données probantes. Les données et indicateurs recueillis devront ainsi permettre de définir les profils professionnels les plus souhaitables, de déterminer quelle est la meilleure façon de partager les responsabilités, de préciser quelles sont les modalités d'orientation, de transfert ou de suivi les plus utiles, quelles sont les solutions les plus

90. L'utilisation de ce mécanisme doit être réservé aux seuls cas comportant de multiples problèmes où un arbitrage est absolument nécessaire.

adaptées en cas de litige, et de mesurer les effets des interventions auprès de divers types de jeunes auxquels s'adressent les services. Assez rapidement, sur la base de ces indicateurs, il faudra en venir à une organisation de services et à un mode d'allocation des ressources qui soient associés à des résultats mesurables.

Recommandations

- o Le comité recommande que l'organisation des services en matière de santé mentale ait à sa base des services de première ligne clairement définis, comme cela est prévu dans l'offre de services proposée, et repose sur une hiérarchisation formelle des services, où les psychiatres appuieront les omnipraticiens et les pédiatres (on attend de tous les services de psychiatrie qu'ils offrent une gamme de services destinés aux enfants et aux jeunes). Afin de pouvoir offrir des services adéquats à certains cas aigus, chaque région devra disposer de services d'hospitalisation; à cette fin, un ou des établissements seront désignés régionalement pour offrir des lits de pédopsychiatrie. Si le nombre de cas est trop peu élevé (ou pour toute autre raison), et qu'aucun établissement n'est désigné, une entente interrégionale devra alors être conclue par l'agence régionale concernée avec une autre région pour que la région touchée ait accès de façon privilégiée, lorsque cela est nécessaire, à de tels lits d'hospitalisation. Cette orientation n'exclut pas, par ailleurs, la possibilité qu'un département de psychiatrie ou de pédiatrie, dépendamment de l'âge d'un enfant, puisse effectuer régionalement une hospitalisation à des fins d'observation ou de stabilisation.
- o Le comité recommande que les centres jeunesse accueillant des jeunes éprouvant, outre des problèmes de comportement ou de maltraitance, de sérieux problèmes de santé mentale, puissent assumer la réadaptation de ces jeunes en leur offrant un encadrement garanti à la fois sur le plan médical et psychiatrique (à l'aide des AMP et des PREM). Le comité recommande aussi que ces centres bénéficient d'un soutien formel de première ligne, d'une infrastructure et d'un financement adaptés, et que leur personnel reçoive une formation adéquate.
- o Le comité recommande que l'hébergement des jeunes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement soit pris en charge par le secteur des CRDI qui bénéficiera, lorsque cela est nécessaire, du soutien du secteur de la santé mentale pour les jeunes présentant des troubles mentaux associés, et de celui des CJ, lorsque l'intervention se fait avec des jeunes en vertu de la LPJ ou de la LSJPA. Dans le cas où il y aurait application de mesures d'urgence ou mise sous garde, les CJ conserveront la responsabilité d'offrir des lieux d'hébergement appropriés, en collaboration avec le secteur des CRDI. Afin

de relever le défi proposé, les CRDI devront disposer d'une infrastructure et d'un financement adaptés, et avoir un personnel adéquatement formé.

- Dans la gestion des listes d'attente, le comité recommande que les critères cliniques soient prépondérants, que les règles destinées à accorder la priorité à tel ou tel cas soient transparentes et prévoient des délais limites pour assurer le traitement des dossiers les moins urgents.
- Dans le partage des cas CJ/CLSC en matière de réadaptation externe, le comité recommande que la prestation des services relève des CJ lorsque les interventions sont effectuées en vertu de la LPJ ou de la LSJPA ; les jeunes recevant des services en vertu de la LSSS seront pour leur part suivis par les CLSC.
- Pour favoriser la formation de réseaux régionaux de services spécialisés dans toutes les régions, le comité recommande l'adhésion formelle des établissements de tous les secteurs à *l'Entente multilatérale de concertation entre les réseaux de services pour les enfants, les jeunes et leur famille*.
- Pour assurer, en vertu de la LPJ, la disponibilité des médecins spécialisés en maltraitance, le comité recommande de soutenir le développement régional de l'expertise à cet égard et de faciliter les relations entre médecins et DPJ.
- Le comité recommande, pour l'orientation des cas d'un service vers un autre, non pas une porte d'entrée unique, mais plutôt un système reposant sur des répondants clairement identifiés, sur une évaluation conjointe si nécessaire, sur la gestion d'un PSI adapté aux besoins des enfants et sur des transferts personnalisés, le tout reposant sur un souci constant d'assurer la pertinence des services, leur complémentarité et leur continuité.
- Considérant les résultats préliminaires positifs des EIJ, le comité appuie leur développement et recommande que les réseaux locaux puissent compter sur de telles équipes pour favoriser l'harmonisation des services auprès des jeunes qui ont des problèmes complexes ; cette recommandation est assortie d'une demande de suivi et d'évaluation des résultats de ce type d'intervention.
- Pour ancrer concrètement les visées de *l'Entente MSSS/MEQ*, le comité recommande un arrimage avec l'instance de coordination régionale pour que des règles claires encadrent et lient formellement les partenaires sur le terrain.
- En vue d'accroître la synergie entre le réseau de la santé et celui de l'éducation et de rapprocher les commissions scolaires des réseaux

locaux, le comité recommande d'intégrer le plus possible la prévention dans la programmes scolaires et de faire en sorte que les CLSC, avec l'accord des parents, participent à l'intervention lorsqu'un jeune risque d'être expulsé, qu'il ne fréquente plus l'école ou qu'il fait preuve d'absentéisme.

- En ce qui concerne les CPE et les autres milieux de garde d'enfants, le comité recommande de faire de leur soutien, conjointement avec le personnel des garderies, une priorité incontournable et de consentir, compte tenu des ressources disponibles, à faire le maximum d'efforts pour favoriser l'adaptation des enfants dans ces milieux plutôt que de les prendre en charge dans le réseau sociosanitaire ; les avantages de ces milieux comme vecteurs de la socialisation, de l'intégration et de la préparation scolaires sont considérables.
- Pour faciliter la transition dans le monde adulte des jeunes de 16 à 19 ans, le comité recommande de mettre en place des stratégies de relais entre les réseaux en cause en vue d'harmoniser les pratiques, de faciliter l'adaptation et prévenir les «pannes» de services. Le comité recommande que le réseau de la santé et des services sociaux s'assure des liaisons fonctionnelles des réseaux locaux avec les réseaux responsables du logement, de la formation professionnelle et de l'intégration à l'emploi.
- Concernant les jeunes avec une déficience physique, le comité recommande que des assouplissements puissent être apportées aux règles financières des établissements afin de rendre possible des investissements permettant d'adapter des ressources résidentielles de type familial et, par la suite, de les gérer pour répondre aux besoins d'autres jeunes.
- En cas de litige concernant la gestion des services spécialisés pour des jeunes éprouvant de multiples problèmes, le comité recommande que l'agence régionale prévoie un mécanisme permettant de déterminer la responsabilité de chaque établissement. Dans ce contexte, l'agence pourra, afin de compenser les coûts marginaux liés à certains services, se doter d'un fonds spécial.
- Afin de définir les profils professionnels requis, de déterminer quelle est la meilleure façon de partager les responsabilités, de préciser quelles sont les modalités d'orientation, de transfert ou de suivi les plus utiles, quelles sont les solutions les plus adaptées en cas de litige, et de mesurer les effets des interventions auprès de divers types de jeunes auxquels s'adressent les services, le comité recommande que le MSSS définisse et mette à profit les indicateurs les plus pertinents pour l'évaluation des réseaux de services intégrés, en se basant sur les travaux du CQA.

CHAPITRE V

SERVICES DE TROISIÈME LIGNE ET INSTITUTS UNIVERSITAIRES

Nos conceptions sur le développement de l'être humain sont des essais transitoires pour éclairer un aspect limité de notre genèse. Elles sont des tâtonnements vers une vérité qui nous échappe toujours. Apprenons donc à braquer le faisceau de nos projecteurs sur des domaines à la fois différents et intriqués afin que nous puissions décoder sous des registres diversifiés les problèmes auxquels nous sommes exposés et afin que nous puissions apporter dans une vision complémentaire et coordonnée des réponses elles-mêmes liées à nos spécificités.

Michel Lemay⁹¹

Les services de troisième ligne en regard des services généraux et spécifiques

Le mandat du comité quant à la mise en place d'un continuum de services spécialisés implique l'examen des services offerts à la fin de ce continuum, et constitués par les services de troisième ligne⁹². Le réseau de santé et de services sociaux du Québec est en effet conçu en fonction de services hiérarchisés, comportant des services de troisième ligne qui viennent compléter les services généraux et spécifiques (de première ligne) et les services spécialisés (de deuxième ligne), offerts aux deux premiers niveaux. Ces services supposent principalement un plateau technique reposant sur des d'équipements et des services très spécialisés et coûteux et sur des expertises très pointues, mais s'adressant aussi à un nombre relativement peu élevé de personnes.

Le comité a donc eu à s'interroger sur la nature des services surspécialisés qui viendraient compléter l'offre régionale de services spécialisés et couvrir les besoins particuliers des enfants et des jeunes pour lesquels aucun service n'est généralement offert en région en raison du faible nombre de cas relatifs à certaines problématiques et des exigences de certaines pratiques surspécialisées. Le présent chapitre examinera donc l'opportunité de reconnaître certains services destinés aux enfants et aux jeunes comme des services surspécialisés et de préciser quels sont les défis particuliers que pose le mode d'accès à ces services en ce qui a trait à leur continuité et à leur complémentarité.

Seront tour à tour abordés, les points suivants : la définition des services surspécialisés ou de troisième ligne; les secteurs dont ces services relèvent; les modalités d'accès à ces services; les mécanismes de résolution de litige; les modalités de rapatriement régional et de réintégration familiale. Comme la désignation des services surspécialisés ne touche pas tous les secteurs, mais que ceux-ci ont tous besoin de mettre au point des pratiques de pointe et de disposer de ressources sur le plan de la recherche et de

91. «La bientraitance à l'égard des professionnels», dans Gabel, M., F. Jésus et M. Manciaux, *Bientraitances : mieux traiter familles et professionnels*, Paris, Fleurus, 2000.

92. D'autres termes sont aussi utilisés pour désigner ces services : surspécialisés, ultraspecialisés ou nationaux.

l'enseignement, une section sur l'importance des instituts universitaires propres à chacun des secteurs visés viendra compléter l'analyse de ce sujet.

Le présent chapitre ne traitera toutefois pas des services offerts aux enfants ou aux jeunes de façon supplétive ou complémentaire sur une base suprarégionale, en fonction d'une entente entre agences régionales; ces services, comme on l'a vu au chapitre précédent, ne sont pas considérés comme surspécialisés.

Définition

Les services de troisième ligne sont ceux qui visent à résoudre des problèmes de santé ou des problèmes sociaux très complexes dont la prévalence est très faible, qui font appel à des compétences rares, à des personnes et à des équipes très spécialisées, qui requièrent des équipements surspécialisés ou très coûteux et qui nécessitent généralement des infrastructures et des interventions de pointe.

Services désignés

En raison de leur rareté et de leurs modes particuliers de financement, les services de troisième ligne sont désignés formellement et directement par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Depuis 1998, les critères de désignation pour ce type de services ont été constamment resserrés. Cette tendance rejoint les intentions des intentions des membres du comité, qui souhaitent que le maximum de services puissent être accessibles sur une base régionale; dans plusieurs cas, le recours à des services de troisième ligne, uniquement à des fins de consultations ou pour des contributions ponctuelles à une évaluation complexe, suffisent.

Les services de troisième ligne destinés aux enfants et aux jeunes se limiteraient donc à certains services très pointus et très rares, relevant pratiquement tous du secteur de la déficience physique.

- En **déficience physique** : Les désignations ne concerneraient que certaines surspécialités très précises, dont les suivantes : *réadaptation fonctionnelle intensive post-implant cochléaire ; entraînement à la communication tactile et au déplacement pour les cas de surdicécité ; conseils dans l'utilisation d'équipements informatiques perfectionnés destinés aux déficients visuels ; recours à des appareils très sophistiqués (comme des prothèses myo-électriques ; utilisation d'une expertise médicale très restreinte (par exemple, pour les consortium de services offerts aux jeunes blessés médullaires ou aux jeunes ayant un traumatisme cranio-cérébral).*
- En **santé mentale** : Les seuls services reconnus à l'échelle provinciale pour l'évaluation et le traitement d'adolescents présentant de graves problèmes de violence ou d'abus sexuel sont ceux de l'unité pour adolescents de l'institut Philippe Pinel.

Modalités d'accès

En raison de la rareté des services de troisième ligne et de leur concentration dans certains centres urbains, il y a lieu de prévoir un mode d'accès relativement uniforme pour toutes les régions. Comme il s'agit de services surspécialisés et fortement hiérarchisés, et comme ces services offrent, sur le plan provincial, des consultations et une expertise conseil, toute démarche d'accès à ces services relève généralement, sur base régionale, de l'établissement spécialisé qui s'occupe du principal problème d'un enfant ou d'un jeune. Cet établissement établira les contacts avec le service de troisième ligne, verra à effectuer les évaluations requises et à satisfaire aux exigences qui permettront à l'enfant ou au jeune d'avoir accès aux services dont il a besoin. Cet établissement s'assurera, si un déplacement hors territoire est nécessaire, d'un transfert personnalisé, de la mise en place des arrimages complémentaires en ce qui a trait à l'accueil, à l'hébergement, à la scolarisation ainsi qu'aux contacts familiaux, et verra à prévoir et à planifier les mesures éventuelles permettant le retour du jeune dans sa région. Considérant que la région d'origine assume les coûts d'hébergement dans les ressources de type familial, lorsque le jeune doit être logé sur le territoire offrant les services surspécialisés, il revient à l'établissement de troisième ligne d'assumer l'ensemble des frais afférents aux services surspécialisés offerts.

Mécanisme de résolution de litige

La prestation de services sur un territoire différent du territoire d'appartenance peut parfois entraîner des litiges auxquels il convient d'apporter des solutions. Le mécanisme prévu pour résoudre les litiges concernant la prestation des services spécialisés relève généralement, comme on l'a vu au chapitre précédent, des instances régionales et fonctionne selon un modèle à deux niveaux. Ce mécanisme, basé sur l'imputabilité des établissements et sur le rôle de gouvernance de l'agence régionale, se révèle inopérant dans une perspective extrarégionale. Il y a donc lieu de mettre en place cet effet un mécanisme suprarégional. Celui-ci devra reposer, comme le mécanisme de base, sur l'imputabilité du service concerné et de son agence régionale; le lieu de prestation des services devrait normalement être le mieux placé pour ajuster les modalités d'intervention et satisfaire aux attentes des usagers et de leur famille. L'accès à ce mécanisme, en raison de son éloignement, devrait toutefois être facilité par l'établissement régional du secteur visé, qui verra à soutenir, au besoin, la démarche des usagers ou de leur famille. Si cet établissement se trouve mis en cause ou si le différend est complexe et implique les deux régions, il appartiendra alors aux agences concernées de résoudre le litige. Il apparaîtrait judicieux que les agences régionales conviennent entre elles d'un protocole portant sur ces questions.

Modalités relatives au retour dans la région d'origine et à la réintégration familiale

Les retours ponctuels ou définitifs d'enfants ou de jeunes dans leur région d'origine devront prévoir la continuité des services requis par leur état. Normalement, l'établissement suprarégional concerné devra effectuer, lorsque cela s'impose, les ententes nécessaires avec les services régionaux qui pourront jouer un rôle dans le plan de services et qui devront assurer la suite des interventions de façon continue. L'établissement régional du secteur dont relève le problème dominant de l'enfant ou du

jeune verra, si nécessaire, à assurer le relais et à faciliter la coordination avec les services de sa région; il verra notamment à ce que les mesures facilitant une réintégration adaptée dans le milieu familial d'origine puissent être mises en place.

Reddition de comptes et indicateurs

Malgré le nombre relativement peu élevé de jeunes pour lesquels le recours à des services surspécialisés est requis, il importe néanmoins de déterminer quel est le nombre de jeunes visés et de définir la nature des services fournis. Les agences régionales possédant sur leur territoire des services à vocation surspécialisée verront à fournir un bilan annuel des services offerts en tenant compte de la région de provenance des enfants et des jeunes, ce qui permettra, au besoin, d'ajuster l'offre régionale de services ou, éventuellement, de rapprocher le lieu de prestation de certains de ces services. Parallèlement, on verra aussi à recueillir de l'information sur la solution des éventuels litiges qui auront pu survenir en cours d'année.

Nécessité de consolider le réseau d'instituts universitaires

Si l'on peut comprendre la nécessité de restreindre la désignation formelle de services surspécialisés ou de troisième ligne uniquement à quelques services offrant des plateaux techniques fort onéreux ou des expertises hors du commun, il faut également reconnaître que les services spécialisés ont tous besoin de ressources consacrées à la recherche, à l'enseignement et au développement d'outils cliniques et de pratiques de pointe. Assurer un perfectionnement permanent doit être un souci de tout milieu institutionnel spécialisé. La pérennité de la recherche et de l'enseignement doit être assurée pour l'ensemble des secteurs responsables des enfants et des jeunes en difficulté ou ayant une déficience et les coûts inhérents au développement et à la diffusion des connaissances doivent être financés adéquatement.

Si l'on reconnaît que l'ensemble des établissements spécialisés doivent consacrer une partie de leurs activités à l'enseignement destiné aux futurs intervenants à l'aide de stages et qu'ils doivent transmettre leur expertise par la formation continue, il est nécessaire que certains d'entre eux puissent mettre au point des pratiques de pointe, effectuer des recherches et faire des transferts de connaissance de haut niveau. Ces responsabilités doivent être reconnues aux instituts universitaires, dont le rayonnement permettra à chaque secteur d'intervention d'améliorer ses pratiques sur la base de données probantes et grâce à des stratégies de transfert des connaissances adaptées à chacun des terrains de services spécialisés. Actuellement, plusieurs secteurs d'intervention auprès des enfants ne disposent pas d'instituts universitaires⁹³ et ceux qui en ont sont remarquablement sous-financés eu égard à leurs responsabilités.

93. On ne compte actuellement des instituts que dans les secteurs des centres jeunesse (instituts des centres jeunesse de Québec et de Montréal) et de la déficience physique (l'institut de réadaptation en déficience physique de Québec, couvrant notamment le volet enfants et jeunes), ce qui laisse complètement dépourvus les secteurs DI-TED, SM et toxicomanie. Les CLSC, sans disposer d'institut universitaire, comptent sur au moins deux CLSC reconnus comme centres affiliés universitaires touchant le domaine de l'enfance et des jeunes, mais ceux-ci ne couvrent toutefois que des missions extrêmement

Plusieurs travaux ont déjà été consacrés à la définition des critères distinguant les services de pointe⁹⁴ des autres services et plusieurs bilans ont été effectués sur le rôle et la production des instituts universitaires. À l'automne 2003, le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC), conjointement avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, a adopté un *Programme de soutien aux infrastructures de recherche des instituts et centres affiliés universitaires*. Ce programme, qui a pour objectif que la recherche s'enracine dans les établissements offrant des services de santé et des services sociaux à la population afin d'améliorer la qualité et l'efficacité, de ces services, fournit des indications sur la structure et les modalités de fonctionnement de ces instituts universitaires et centres affiliés universitaires.

Les membres du comité estiment urgent d'accélérer la désignation des instituts universitaires qui pourront couvrir de façon spécifique chacune des grandes missions des services destinés aux enfants et aux jeunes. Le comité propose également que la mission et les mandats des instituts universitaires soient formulés de façon telle que l'ensemble des établissements des réseaux concernés puissent bénéficier de retombées directes et d'un soutien adapté pour la recherche, l'enseignement et la mise en place de pratiques de pointe. Les instituts universitaires constituent un levier majeur pour mieux connaître les groupes auxquels sont destinés les services, évaluer les effets des interventions, améliorer les pratiques et favoriser le transfert des connaissances. Un continuum de services spécialisés fonctionnel et performant ne peut se passer d'une instance de cette nature pour développer et valider ses compétences.

Recommandations

- o **Considérant les travaux en cours du ministère sur les services de troisième ligne et la volonté du comité de rendre plus de services accessibles sur le plan régional, les membres du comité recommandent de ne reconnaître comme services surspécialisés, en déficiences physiques, que certaines surspécialités très précises, dont les suivantes : *réadaptation fonctionnelle intensive post-implant cochléaire ; entraînement à la communication tactile et au déplacement pour les cas de surdité ; conseils dans l'utilisation d'équipements informatiques perfectionnés destinés aux déficients visuels ; recours à des appareils très sophistiqués (comme des prothèses myo-électriques ; utilisation d'une expertise médicale très restreinte (par exemple, pour les consortiums de services offerts aux jeunes blessés médullaires ou aux jeunes ayant un traumatisme crânio-cérébral)). En santé mentale, les seuls services reconnus à l'échelle provinciale pour l'évaluation et le traitement d'adolescents présentant de***

pointues (le CLSC des Faubourgs étant centré surtout sur les enfants pauvres et les jeunes de la rue et le CLSC Côte-des-Neiges principalement sur les jeunes d'origine multiethnique).

94. Voir notamment J.M. Suret et C. Charpentier, *Normes du rapport d'activité de la mission universitaire des instituts et des centres affiliés*, rapport final, mai 2000.

graves problèmes de violence ou d'abus sexuel seraient ceux de l'unité pour adolescents de l'institut Philippe Pinel.

- o Les membres du comité recommandent d'accélérer la désignation d'instituts universitaires qui pourront couvrir de façon spécifique chacune des grandes missions des services destinés aux enfants et aux jeunes. Le comité recommande également de financer adéquatement ces instituts et de voir à ce que leur mission et leurs mandats soient formulés de façon telle que l'ensemble des établissements des réseaux concernés puissent bénéficier de retombées directes et d'un soutien adapté sur le plan de la recherche, de l'enseignement et de la mise en place de pratiques innovatrices ou de pointe.
-

CHAPITRE VI

PLAN D'ACTION

Mieux vaut ne pas changer d'attelage au milieu du gué.
Abraham Lincoln⁹⁵

Une mise en place infrangible

L'état de la situation décrite dans le premier chapitre du présent document est suffisamment clair et documenté pour que l'on prenne conscience des limites actuelles des services offerts aux enfants et aux jeunes par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, en ce qui a trait à l'accessibilité, à la continuité et à la complémentarité des services qu'en ce qui concerne le développement de pratiques de pointe. La diversité et la gamme des recommandations du présent rapport démontre clairement l'ampleur du chantier : il y a lieu de consolider sérieusement l'offre régionale de services pour l'ensemble des secteurs, de soutenir le recours à des expertises conjointes entre catégories d'établissements, de même qu'il est urgent de d'adopter des orientations qui favoriseront le fonctionnement des réseaux de services intégrés et régleront les situations inacceptables imposées à certains jeunes dont les besoins sont plus complexes.

Il ne faut pas se cacher que la mise en place de services intégrés ne constitue pas une panacée et sûrement pas un moyen d'économiser ou de rogner sur les services. Les problèmes de sous-financement du réseau de la jeunesse sont majeurs et doivent clairement constituer une priorité. L'ampleur des services requis dans toutes les catégories d'établissements, par exemple, le niveau de financement des services de santé mentale ou l'importance des charges de cas aboutissant à des réductions inquiétantes de services de types divers, militent clairement en faveur d'un redressement caractérisé de la situation.

Le comité a beau avoir tenté de proposer le meilleur modèle de services possible dans le contexte actuel, en s'appuyant sur les acquis du réseau, il reste conscient que ses recommandations ne s'implanteront pas sans un solide leadership et sans efforts soutenus. Il est absolument indispensable que les conditions gagnantes soient réunies afin que les orientations définies puissent conduire aux effets souhaités. Le comité croit cependant que le temps de consolider ce réseau est enfin venu et que la mise en place des réseaux locaux constitue une opportunité dont il faut pleinement profiter pour implanter des solutions durables qui sauront mieux soutenir le développement des

95. *Speech*, 9 juin 1864.

enfants et des jeunes auxquels certains services du réseau de la santé et des services sociaux sont destinés.

Une mise en place rapide et synchronisée

L'importance de fournir rapidement les services nécessaires dans l'ensemble des régions, l'urgence de résoudre certains problèmes persistants et la nécessité de bien articuler les réseaux de services spécialisés intégrés avec les réseaux locaux plaident toutes en faveur d'une adoption rapide et synchronisée des recommandations du comité. Le comité souhaite une mobilisation sur l'ensemble des fronts, dans le but de consolider la totalité des services sociaux et de santé destinés aux enfants et aux jeunes du Québec.

Le plan d'action proposé ne s'inscrit pas du tout dans une logique de rattrapage ou de gestion de listes d'attente à la petite semaine. Il demande à être implanté selon des paradigmes centrés sur les services requis, basés sur l'efficience et l'efficacité des établissements, et doit résolument être abordé dans une perspective où la responsabilité de chacun et les standards de performance seront pris en considération.

Le comité désire que l'adoption de ses recommandations débute dès le mois de septembre prochain, en étroite association avec l'implantation des réseaux locaux. Désireux de mobiliser les intervenants des différents secteurs, d'aboutir rapidement à des résultats concrets et à des réalisations encourageantes, les membres du comité voudraient que l'ensemble des recommandations soit adopté dans un horizon de deux ans ou, à tout le moins, avant 2007.

Si les échéances préconisées sont claires pour les membres du comité, les étapes du processus le sont également. Le comité souhaite en effet que l'adoption des mesures souhaitées se fasse simultanément sur tous les fronts. Hormis quelques recommandations qui sont davantage d'ordre complémentaire, le comité estime que la mise en place de réseaux de services intégrés ne saurait se faire selon un mode d'assemblage «à la pièce» sans qu'on ne perde l'esprit de concertation et le désir de mobilisation nécessaires à une telle implantation. Il faudrait donc voir à la mise en place simultanée des services spécifiques de première ligne et des services de deuxième ligne prévus dans les divers secteurs. Ainsi, les services nécessaires pourront être offerts à la majorité des enfants et des jeunes des différentes régions, dès le départ, en vue d'assurer un meilleur accès à ces services et d'accroître leur continuité et leur complémentarité. La concordance de ces actions devrait, par ailleurs, faciliter la coordination de la mise en opération de *l'Entente multilatérale de concertation entre les réseaux de services pour les enfants, les jeunes et leur famille*, mais aussi favoriser l'aboutissement des travaux visant la définition des indicateurs de suivi et le recours à ces indicateurs.

Les jeunes ayant de multiples problèmes, même s'ils ne constituent qu'une petite minorité des jeunes visés par les services spécialisés, devraient être traités en priorité avec l'adoption rapide des recommandations sur la mise en place d'un mécanisme régional de règlement des litiges et de soutien à l'imputabilité des établissements. Dans

le même sens, le comité souhaite que la création des nouveaux territoires de réseaux locaux s'accompagne, au fur et à mesure, là où le nombre d'utilisateurs le justifie, de l'implantation d'une EIJ responsable de la coordination des cas les plus complexes. Le comité croit que le fait d'accorder la priorité à certaines mesures pourra avoir un effet d'entraînement sur la concertation régionale et locale et faciliter l'enracinement des réseaux de services intégrés.

Une mise en place dynamique, clairement attribuée et concertée

Plusieurs instances sont concernées par les recommandations mises en avant par le Comité sur le continuum de services spécialisés aux enfants aux jeunes et à leur famille. Le comité souhaiterait, compte tenu du principe de subsidiarité qui doit sous-tendre l'implantation des réseaux locaux, que les établissements s'approprient le plus possible, tant l'esprit du rapport que sa vision de réseaux de services intégrés, fondés sur le partage de l'expertise et sur l'imputabilité dans des champs précis d'offre de services. Parallèlement, les établissements peuvent compter sur leur association d'établissements pour favoriser une harmonisation de leur offre de services, pour soutenir l'implantation des pratiques recommandées, pour faciliter le développement de leur expertise et pour actualiser leur spécificité. Celles-ci verront, dans une perspective plus large, à coopérer entre elles pour l'aménagement de divers modes d'arrimage.

L'ensemble des actions locales, sous-régionales ou provinciales devant reposer sur des mécanismes de régulation, de coordination et de rétroaction, les agences, ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux, auront un rôle indispensable à jouer et devront assumer un leadership fort afin que le modèle proposé dans le présent rapport puisse être appliqué concrètement. Il leur reviendra en bonne partie de préparer le terrain, de créer les conditions de succès, de synchroniser, d'évaluer et d'ajuster, en concertation avec les établissements et leurs associations, la mise en place des recommandations proposées. Leur rôle en matière d'intervention intersectorielle, tant sur le plan régional que provincial, sera par ailleurs déterminant pour établir une réelle synergie entre les réseaux et pour créer des mécanismes de concertation complémentaires et productifs. Le Conseil d'agrément du Québec pourra, par ailleurs, jouer un rôle apprécié de consultant spécialisé en matière de qualité, d'offre et de complémentarité de services, en collaborant à la définition des indicateurs les plus significatifs, qui permettront de mieux répondre aux besoins des jeunes, de s'assurer des effets optimaux du système mis en place et de suivre l'évolution des réseaux de services intégrés.

Le tableau de la page suivante énumère pour les diverses recommandations du comité, de même que les instances qui auront la responsabilité de voir à leur adoption en fonction de certaines échéances.

PROPOSITION D'UN PLAN D'ACTION

RECOMMANDATION	RESPONSABLE Partenaire(s)	ECHEANCE
Compléter/consolider la gamme de services de première ligne requis (notamment les services spécifiques de chacun des secteurs de services spécialisés) de même que l'offre de services spécialisés dans toutes les régions. R-2	MSSS Agences Réseaux locaux Établ. spécialisés	Amorcer au printemps 2004; horizon de deux ans
Mettre en place un mécanisme de règlement des litiges et un fonds de suppléance pour les jeunes à problèmes multiples. R-19	Agences Établissements	Printemps 2004
Assurer la présence des équipes d'intervention jeunesse (EIJ) dans tous les réseaux locaux. R-13	Agences Réseaux locaux	Amorcer au printemps 2004; horizon de 18 mois
Accélérer la désignation d'instituts universitaires pour couvrir chacune des grandes missions de services aux enfants et aux jeunes. R-22	MSSS	Amorcer à l'été 2004 ; horizon de deux ans
Assurer des services de santé mentale de première ligne, un accès hiérarchisé à une expertise de deuxième ligne et l'hospitalisation pour troubles mentaux aux enfants/jeunes sur une base régionale. R-5	Agence Réseaux locaux Hôpitaux	Amorcer à l'automne 2004 ; horizon de 18 mois
Assurer dans les CJ la réadaptation des jeunes présentant à la fois un problème de santé mentale et de comportement, avec le concours des services de 1 ^{er} ligne et de psychiatrie (présence d'effectifs médicaux grâce aux AMP et IPREM) et assurer un financement, une formation et une infrastructure adaptés. R-6	Agences Centres jeunesse Réseaux locaux Hôpitaux	Amorcer à l'automne 2004 ; horizon de 18 mois
Assurer l'hébergement des jeunes déficients intellectuels-ted dans les CRDI avec l'appui SM et CJ, les CJ conservant la responsabilité des mesures d'urgence et la mise sous garde; prévoir du financement, de la formation et une infrastructure adaptés. R-7	Agences CRDI/Centres jeunesse Réseaux locaux Hôpitaux	Amorcer à l'automne 2004 ; horizon de 18 mois
Confier aux réseaux locaux la responsabilité d'offrir des services de réadaptation en externe pour les jeunes présentant des troubles de comportement lorsqu'ils relèvent de la LSSSS; confirmer aux CJ l'offre de services de réadaptation en externe pour les jeunes relevant de la LPJ ou de la LSJPA. R-9	Agence Réseaux locaux Centres jeunesse	Amorcer à l'automne 2004 ; horizon de 12 mois
Désigner les services de troisième ligne pour les enfants et les jeunes et en assurer l'accès lorsque nécessaire. R-21	MSSS/Établissements spécialisés	Automne 2004
Assouplir les règles financières permettant d'adapter les RTF pour héberger les jeunes avec déficience physique. R-18	MSSS	Automne 2004
Assurer l'expertise médicale en maltraitance. R-11	Agences/R. locaux, CJ	Hiver 2004-2005
Mettre en place l'Entente multilatérale de concertation entre réseaux de services en y intégrant les règles de gestion de l'attente et les mécanismes favorisant la continuité. R-8, 10, 12	Agences Établissements	Hiver 2004-2005
Soutenir l'implantation de l'Entente MSSS-MEQ en signant des ententes locales et régionales liant formellement les partenaires. R-14	Agences/Rés.locaux/ Établissements/Dir.régionale MEQ/Com. Scol.	Hiver 2004-2005
Disposer d'un système d'information favorisant la «co-intervention», définir et suivre les indicateurs les plus pertinents pour l'évaluation des réseaux de services intégrés. R-1, 20	MSSS Agences Conseil d'agrément	Hiver 2004-2005
Assurer la mobilisation des CLSC en collaboration avec le milieu scolaire pour prévenir l'absentéisme et les expulsions. R-15	Réseaux locaux Réseau de l'éducation	Hiver 2004-2005
Effectuer l'examen annuel des placements en relation avec l'harmonisation des interventions. R-3	Agences Établissements	À compter du printemps 2005
Adopter un cadre de référence/hébergement tenant compte des besoins, standards internationaux et paramètres de financement. R-4	MSSS	Printemps 2005 ; horizon de six mois
Soutenir le personnel des CPE et des garderies pour favoriser l'intégration des enfants et assister avec les jeunes présentant des problèmes complexes ou multiples. R-16	Réseaux locaux Établ. spécialisés Milieux de garde	Printemps-été 2005
Développer des liens fonctionnels avec le réseau/formation profession/logement/intégration à l'emploi pour les 16-19 ans. R-17	Agences/Réseau local Établissm. spécialisés Réseau emploi	Printemps-été 2005

CONCLUSION

Le changement de configuration du réseau de la santé et des services sociaux et la mise en place des réseaux locaux représentent une opportunité de relancer, sur de nouvelles bases, l'ensemble des services destinés aux enfants et aux jeunes, de mieux cerner les cibles visées, de resserrer les arrimages entre les secteurs, de redéfinir la notion de complémentarité, d'assurer une réelle continuité des services et d'améliorer les pratiques.

Il est impératif de saisir cette occasion et de mettre fin à certaines situations précaires ou insatisfaisantes et d'instaurer enfin une meilleure intégration des services. Les réseaux de services intégrés devront dorénavant constituer l'articulation concrète et incontournable d'un réel continuum de services.

L'heure est à l'action et non plus aux vœux pieux. Le réseau québécois des services destinés aux enfants et aux jeunes, malgré les investissements consentis, comporte trop de besoins laissés sans réponse et ne peut souvent compter que sur des moyens insuffisants. Il est plus que temps de se donner les conditions nécessaires à la mise en place de pratiques susceptibles de beaucoup mieux soutenir le développement des enfants. Si les conditions ne sont pas réunies, les conséquences seront extrêmement coûteuses, tant sur le plan humain que financier⁹⁶. Il ne faut cependant pas se cacher que les efforts consentis devront être considérables pour implanter des services de première ligne solides, pour répondre à l'ampleur des besoins dans plusieurs secteurs, pour intervenir de façon beaucoup plus préventive et mieux concertée, pour créer une réelle complémentarité entre les établissements, pour améliorer les pratiques et instaurer les mécanismes nécessaires au suivi et à l'évaluation des services.

Les membres du comité soumettent leurs recommandations avec l'espoir qu'elles seront utiles pour mettre en place les moyens permettant d'améliorer le développement et l'intégration des services offerts aux enfants et aux jeunes. Ils souhaitent également que les mesures proposées donneront plus de sens aux actions des milliers d'intervenants travaillant dans ce réseau, tout en augmentant leur efficacité. Ils sont convaincus que l'ensemble des établissements, dans la mesure où ils pourront compter sur les conditions minimales nécessaires au succès, sont prêts à faire face, en coresponsabilité, au défi d'offrir un réel continuum de services qui soit accessible, complémentaire et capable de répondre aux besoins, même les plus complexes, des enfants et des jeunes.

Le comité souhaite ultimement que, sur les bases proposées, l'ensemble du réseau puisse en venir à travailler dans le même climat que celui qui a prévalu tout au long des travaux du comité et qui a permis d'établir, à toutes les étapes de la démarche, un très

96. Voir notamment, de L.A. Karoly et al., *Investing in our Children: What we Know and Dont Know About the Costs and Benefits of Childhood Intervention*, Santa Monica, Rand, 1998, 159 p.

haut niveau de confiance, d'harmoniser les visions et les objectifs, de clarifier les concepts et les enjeux et de rechercher conjointement des solutions dont les enfants et les jeunes seront les premiers à tirer profit.

BIBLIOGRAPHIE

- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, *The Need for a Continuum of Care*, www.aacap.org/clinical/benecont.htm 2003, 6 p.
- American Humane Association, *Keeping the Focus on Kids: Outcomes, Ethics, and Partnerships in a Managed Care Environment*, Washington, A.H.A., 1997, 109 p.
- April, Nicole et Pierre Rouillard, *Services de première ligne en alcoolisme et toxicomanie*, MSSS, 2001, 32 p.
- Assemblée nationale du Québec, *Rapport de la commission parlementaire spéciale sur la protection de la jeunesse*, ministère des Communications 1982, 649 p.
- Association des centres jeunesse du Québec, *Une vision de services intégrés aux enfants, aux jeunes et aux familles du Québec*, ACJQ, 1998, 32 p.
- Association des centres jeunesse du Québec, *Protocole d'entente entre le centre jeunesse et le directeur général de la sécurité du revenu pour favoriser l'intégration aux jeunes adultes ayant transité par les centres jeunesse*, avis (3.8.1), ACJQ, 2001, 6 p.
- Association des centres jeunesse du Québec, *Offre de service des centres jeunesse du Québec aux jeunes de 6 à 11 ans*, ACJQ, 2003, 41 p.
- Association des CLSC et des CHSLD, *Allons à l'essentiel : Offre minimale de services de base en CLSC aux familles, aux enfants et aux jeunes de 0 à 17 ans*, ACCQ, 2001, 70 p.
- Association des CLSC et des CHSLD, *Consolider l'organisation des services généraux de base : un enjeu majeur pour tout le système*, ACCQ, 2002, 48 p.
- Beaudoin, André et al., *Problèmes des jeunes en difficulté : analyse des typologies et des classifications*, Laboratoire de recherche, École de service social, Université Laval, 1991, 83 p.
- Bergeron, Claude et Janie Lanteigne, «Un système de soins intégrés : le modèle Val-du-Lac», *Prisme* (2002), n° 39, p. 112-125.
- Bergeron, L. et al., «Correlates of Mental Disorders in the Quebec General Population of 6 to 14-Years Old», *Journal of Abnormal Child Psychology* (2000), vol. 28, n° 1, p. 47-62.
- Bickman, Leonard, «A Continuum of Care : More is Not Always Better», *American Psychologist* (1996), vol. 51, n° 7, p. 689-701.
- Blechman, E.A., M.G. Hile et D.B. Fishman, «Restorative Justice and the Prosocial Communities Solution», *Youth & Society* (2001), vol. 33, n° 2, p. 273-295.
- Bouchard, Camil, Pierre Brissou et Doris Hanigan, *Rapport final : Recherche sur l'orientation des services publics aux jeunes en difficulté*, LAREHS-UQAM, 1989, 87 p.
- Boushel, Margaret et al., *Developing Needs-Led Services in one Local Authority: Key Findings*, Centre for evidence-based social services, 2002, 44 p.
- Breton, J.J., M.A. Plante et M. St-Georges, *État de situation des services de pédopsychiatrie au Québec en 2001*, HRP/CHUQ, 2002, 40 p. et annexe.
- Chantier Maltais 2A, *Les services spécialisés*, MSSS, 2001, 17 p.
- Clément, Michèle et Denise Aubé, «La continuité des soins : une solution ? Perspective des personnes avec comorbidité», *Santé mentale au Québec* (2002), vol. XXVII, n° 1, p. 180-197.
- Cloutier, Richard, Gaby Carrier et Rachel Lépine, *La collaboration intersectorielle dans les services aux jeunes en difficulté*, Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada, 2000, 42 p.
- Colton, M et M. Williams, «Issues in Residential Care», *The International Youth and Care Network*, vol. 5, n° 3, 2002, p. 8-16.
- Comité de coordination des chantiers jeunesse, *Faire front commun contre la détresse et les difficultés graves des jeunes*, document présenté pour la discussion au Forum jeunesse du 3 décembre 2001, 104 p.
- Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse, *La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager*, MSSS, 2003, 186 p.
- Comité ministériel sur l'imputabilité et le partage des responsabilités pour la clientèle jeunesse multiproblématique, *Rapport intérimaire*, 2003, 107 p.
- Comité national de travail, *Harmonisation des services généraux en CLSC*, MSSS, 2003, 34 p.
- Comité pour la lutte à la toxicomanie (CPLT), *Avis sur les services de réadaptation pour les mineurs qui font un usage inapproprié de substances psychoactives*, CPLT, 2001, 22 p.
- Comité provincial sur l'intégration des enfants handicapés dans les services de garde, *Guide pour faciliter l'action concertée en matière d'intégration des enfants handicapés dans les services de garde du Québec*, MFQ, 2001, 56 p.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations*, MSSS/DC, 2000, 410 p.
- Conseil de la santé et du bien-être, *Quel temps pour les jeunes ? La participation sociale des jeunes*, 2001, Québec, CSBE, 63 p.
- Conseil québécois d'agrément, *Manuel d'agrément, missions : CLSC, centres jeunesse, centres de réadaptation en déficience physique (CRDP), centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI), centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes (CRPAT)*, CQA, 2002.
- Conseil supérieur de l'éducation, *Les élèves en difficulté de comportement à l'école primaire : comprendre, prévenir, intervenir*, (Avis au ministre de l'Éducation), MEQ, 2001, 89 p.
- Contandriopoulos, A.-P., J.-L. Denis et N. Touati, *Intégration des soins : concepts et mise en œuvre*, GRIS, 2001, 23 p.
- Corriveau, Pierre, *L'accès aux services internes en centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation des cinq régions du grand Montréal*, MSSS, 2000, 47 p.
- Dandurand, Renée et Josée Bergeron, «Protection sociale destinée aux familles : une comparaison entre le Québec et l'Alberta», *Revue canadienne de politique sociale* (2001), n° 47, p. 25-44.
- Daro, Deborah, *Confronting Child Abuse: Research for Effective Program Design*, N.Y., Free Press, 1988, 356 p.
- Daro Deborah et Anne Cohn Donnelly, «Charting the Waves of Prevention: Two Steps Forward, One Step Back», *Child Abuse and Neglect* (2002), n° 26, p. 731-742.
- Dartington Institute, *Matching Needs and Services: Practice Tool*, Dartington Academic Press, 2001, 66 p.
- Demers, L., A. Dupuis et M. Poirier, «L'intégration des services passe-t-elle par des fusions d'établissements ?», *Santé mentale au Québec* (2002), vol. XXVII, n° 1, p. 74-92.

Deslandes, Rollande et Richard Bertrand, *La création d'une véritable communauté éducative autour de l'élève : une intervention cohérente et des services mieux harmonisés*, CQRS/MEQ, 2001, 32 p.

Deslandes, Rollande et Richard Bertrand, «Une meilleure harmonisation des services offerts aux jeunes à risque et à leur famille : que savons-nous ?», *Santé mentale au Québec* (2002), vol. XXVII, n° 1, p. 136-153.

Dufour, Sarah et Claire Chamberland, *L'efficacité des interventions en protection de l'enfance*, Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants, 2003, 97 p.

Farestad, Karen F., «Building a Continuum of Care and Integrating Services», *Protecting Children*, AHA (1992), vol. 8 n° 2, p. 12-16.

Fédération québécoise des CRDI, *Avis sur le «Plan d'action national sur l'organisation des services aux personnes ayant des troubles envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches»*, FCRDIQ, 2002, 19 p.

Fenet, Francine, *L'aide sociale à l'enfance*, Vanves, CTNERHI, 1989, 279 p.

Fleury, Marie-Josée, «Émergence de réseaux intégrés de services comme modèle d'organisation et de transformation du réseau socio-sanitaire», *Santé mentale au Québec* (2002), vol. XXVII, n° 1, p. 132-138.

Fleury, Marie-Josée et Youcef Ouadahi, «Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement», *Santé mentale au Québec* (2002), vol. XXVII, n° 1, p. 16-35.

Future of Children, *Protecting Children from Abuse and Neglect*, FOC (1998), vol. 8, n° 1, 143 p.

Gauthier, Yvon et Gilles Fortin, «Des enfants en «storage» ou la violence du système», *Prisme*, 1992, vol. 3, n° 1, p. 70-76.

Glisson, Charles et Anthony Hemmelgarn, «The Effects of Organizational Climate and Interorganizational Coordination on the Quality and Outcomes of Children's Service Systems», *Child Abuse and Neglect* (1998), vol. 22, n° 5, p. 401-421.

Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, *Avis : Recommandations pour les services aux enfants et aux jeunes ayant des troubles mentaux et à leur famille*, DGSAP, 2003, 37 p.

Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse, *État de situation et recommandations en regard des listes d'attente en protection de la jeunesse et de l'accessibilité aux services jeunesse*, MSSS, 1998, 32 p. et tableaux.

Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse, *État de la situation et recommandations au regard des services offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille dans les CLSC*, MSSS, 2001, 69 p.

Groupe de travail pour les jeunes, *Un Québec fou de ses enfants*, MSSS, 1991, 179 p.

Groupe de travail sur l'application des mesures de protection de la jeunesse, *La protection sur mesure : un projet collectif*, MSSS, 1991, 164 p.

Hardiker, Pauline, «A Framework for Conceptualising Need and its Application to Planning and Providing Services», dans H. Ward et W. Rose, *Approaches to Needs Assessment in Children's Services*, Kingsley, 2002, p. 49-70.

Hudson, B. et al., «In Pursuit of Inter-Agency Collaboration in the Public Sector: What is the Contribution of Theory and Research?», *Intl Journal of research and theory in Public Management* (1999), vol. 1, n° 2, p. 235-260.

Karoly, L.A., et al., *Investing in our Children: What We Know and Don't Know about the Costs and Benefits of Childhood Interventions*, Rand, 1998, 159 p.

Kluger, M.P., G. Alexander et P.Curtis, *What Works in Child Welfare?*, Washington, CWLA, 2000, 361 p.

Larivière, Claude, «L'entente cadre entre les CLSC et les centres jeunesse : une étape dans la construction d'un continuum véritable de services aux jeunes», *Service social* (1998-1999), n°s 3 et 4, p. 181-188.

Larivière, Claude, «Les réseaux intégrés de services : fondements, définitions et modes d'organisation», dans *Guide pour soutenir le partenariat dans le secteur Famille-Enfance-Jeunesse*, ACCQ-ACJQ, 2001, p. 22-62.

Larivière, Claude, *Les progrès réalisés dans la collaboration CJ-CLSC en 2001*, ACJQ-ACCQ, 2001, 161 p. et annexes.

Lemay, Michel, *Convergences et divergences entre les praticiens-es de l'enfance en difficultés*, texte de la conférence présentée lors du 3^e Congrès international sur l'enfance en difficulté, Montréal, mai 1991, 17 p.

Lemay, Michel, «La bientraitance à l'égard des professionnels», dans Gabel, M., F. Jésus et M. Manciaux, *Bientraitances : mieux traiter familles et professionnels*, Paris, Fleurus, 2000, p. 427-444.

Lemonde, Lucie, «Les taux de placement des jeunes en institution : l'écart entre la Belgique et le Québec», *Criminologie* (2003), vol. 36, n° 1, p. 177-198.

Liberman, Romain, *Handicap et maladie mentale : rapports dialectiques*, Que sais-je, n° 2434, Presses universitaires de France, 2003, 127 p.

Little, M. et al., «How to Develop Needs-Led Evidence-Based Services», *MCC: Building Knowledge for Integrated Care* (2002), vol. 10, n° 3, p. 28-32.

Melamid, E. et G. Brodbar, «Matching Needs and Services : an Assessment Tool for Community based Service Systems», *Child Welfare* (2003), LXXXII, n° 4, p. 397-412.

Marcoux, Ubald, *Offre de services pour l'hébergement d'une clientèle jeunesse francophone, 5-17 ans, aux prises avec des problèmes de santé mentale*, Centre jeunesse des Laurentides, 2002, 38 p.

Ministère des Affaires sociales du Québec, *Rapport du Comité d'étude sur la réadaptation des enfants et adolescents placés en centre d'accueil*, MAS, 1975, 173 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La protection sur mesure : un projet collectif, Rapport du Groupe de travail sur l'application des mesures de protection de la jeunesse*, MSSS, 1991, 164 p. et annexes.

Ministère de la Santé et des Services sociaux et ministère de la Justice, *Plus qu'une loi : Rapport du groupe de travail sur l'évaluation de la Loi sur la protection de la jeunesse*, MSSS, 1992, 191 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Vers un continuum de services intégrés à la jeunesse : les solutions de rechange au placement des jeunes*, MSSS, 1994, 59 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Le jeune enfant et ses parents... une croissance et des compétences à valoriser et à soutenir : Guide de soutien à l'intention des régies régionales pour l'implantation des mesures du Plan d'action jeunesse en matière de promotion du développement du jeune enfant et de ses parents ainsi que de prévention des problèmes d'adaptation sociale*, Service des programmes à l'enfance, à la jeunesse et à la famille, MSSS, 1995, 29 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles pour une véritable participation à la vie de la communauté : un continuum intégré de services en déficience physique*, Direction générale de la planification et de l'évaluation, MSSS, 1995, 36 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Maintenant et pour l'avenir... La jeunesse : guide d'actualisation du plan d'action jeunesse à l'intention de la régie régionale et de ses partenaires*, MSSS, 1995, 114 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan d'action sur la transformation des services de santé mentale*, MSSS, 1998, 41 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Agissons en complices : pour une stratégie de soutien du développement des enfants et des jeunes*, MSSS, 1998, 76 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Accentuer la transformation des services de santé mentale*, MSSS, 2001, 52 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *De l'intégration à la participation sociale : Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*, MSSS, 2001, 111 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie : orientations, axes d'intervention, actions*, MSSS, 2001, 57 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale*, MSSS, 2002, 49 p. et annexes.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Agir ensemble : cadre de référence pour l'élaboration d'un plan d'action national de lutte contre la toxicomanie*, MSSS, 2002, 19 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Stratégie d'action : pour les jeunes en difficulté et leur famille*, MSSS, 2002, 48 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Paramètres d'implantation des équipes d'intervention jeunesse : projet 2002-2003*, MSSS, 2002, 9 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Les services de santé et les services sociaux de première ligne*, MSSS, 2003, 24 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Un geste porteur d'avenir : des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches*, MSSS, 2003, 68 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan d'action ministériel en déficience physique : pour une véritable participation à la vie de la communauté*, MSSS, 2003, 87 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles en déficience physique : Pour une véritable participation à la vie de la communauté Objectifs 2004-2009*, MSSS, 2003, 93 p.

Ministère de l'Éducation, *Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) : Rapport du Comité conseil sur l'usage de stimulants du système nerveux central*, MEQ, 2000, 47 p.

Ministère de l'Éducation, *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes (entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation)*, MEQ, 2003, 34 p.

Ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, *Investir dans l'enfance : Nouvelles orientations relatives au traitement de l'enfant et à l'intervention en faveur de l'enfant et de la famille*, MSSC, 1988, 81 p.

Ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario, *Stratégie de réorientation pour l'enfance et la jeunesse*, MSSC, 1997, 37 p.

Parenteau, Jean-Luc, «Les équipes MRC en santé mentale dans la région Chaudières-Appalaches : bilan d'une expérience de mise en réseau», *Santé mentale au Québec* (2002), vol. XXVII, n° 1, p. 37-53.

Prilleltensky, Isaac, *Cadre de réflexion et d'action pour la promotion du bien-être de la famille et la prévention des mauvais traitements infligés aux enfants*, IRDS-Université Wilfrid Laurier, 2001, 8 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Modèle d'organisation des services offerts aux jeunes et aux familles en situation de vulnérabilité ou de difficulté*, RSSS de l'Estrie, 2001, 69 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, *Organisation de services pour la clientèle de la Montérégie présentant de l'autisme ou un autre trouble envahissant du développement*, RSSS de la Montérégie, 2000, 101 p. et annexes.

Reid, R., J. Haggerty et R. McKendry, *Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2002, 18 p.

Roberge, Pierre, *Le système québécois d'aide aux jeunes en difficulté et à leurs parents*, MSSS, 1991, 61 p.

Roberts, G. et al., *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes : Un compendium des meilleures pratiques*, Bureau de la stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada, 2001, 316 p.

Saint-Pierre, Marie-Hélène, *La prise en charge des enfants en France*, Familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles, INRS Culture et Société, 1997, 82 p.

Saint-Pierre, Marie-Hélène, *La prise en charge des enfants aux États-Unis*, Familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles, INRS Culture et Société, 1998, 66 p.

Sanders, R., S. Jackson et N. Thomas, «The Balance of Prevention, Investigation, and Treatment in the Management of Child Protection Services», *Child Abuse and Neglect* (1996), vol. 20 n° 10, p. 899-906.

Schorr, Lisbeth, *Common Purpose: Strengthening Families and Neighborhoods to Rebuild America*, N.Y., Anchor, 1997, 466 p.

Simard, Réjean, «Réflexions sur le travail d'intervention en réseau», *Prisme* (2002), n° 39, p. 153-155.

Sinclair, Ruth et Michael Little, «Developing a Taxonomy for Children in Need», dans H. Ward et W. Rose, *Approaches to Needs Assessment in Children's Services*, Kingsley, 2002, p. 127-145.

Social Services Inspectorate and Audit Commission, *Getting the Best from Children's Services*, Audit Commission Publications, 1999, 133 p.

Steinhauer, Paul, *Le moindre mal : la question du placement de l'enfant*, Presses de l'Université de Montréal, 1996, 463 p.

Stuck, E. N., R.A. Small et F. Ainsworth, «Questioning the Continuum of Care: Toward a Reconceptualization of Child Welfare Services», *Residential Treatment for Children and Youth* (2000), vol. 17, n° 3, p. 79-92.

Thévenet, Amédée, *L'aide sociale aujourd'hui, après la décentralisation*, Paris, ESF, 1994, 281 p.

Thomassin, André, *L'offre de services du Centre jeunesse de Montréal*, Centre jeunesse de Montréal, 2003, 65 p.

Vérificateur général du Québec, *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 1997-1998 : Gestion des services sociaux offerts aux jeunes*, Gouvernement du Québec, 1999, p. 101-133.

Ward Harriet et Wendy Rose, *Approaches to Needs Assessment in Children's Services*, London, J. Kingsley, 2002, 352 p.

Wallot, Hubert A., *La danse autour du fou : entre la compassion et l'oubli - la chorégraphie globale*, Beauport, MNH, 1998, 456 p.

ANNEXE I

MANDAT DU COMITÉ

COMITÉ SUR LE CONTINUUM DE SERVICES SPÉCIALISÉS

MANDAT

Dans le cadre du déploiement de la *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, le ministère de la Santé et des Services sociaux met sur pied un comité de travail sur le continuum de services spécialisés. Tel que prévu dans la *Stratégie*, l'exercice devra permettre d'en arriver à une offre de service coordonnée s'inscrivant en continuité avec les services de base, de façon à répondre plus efficacement aux besoins des jeunes et de leur famille.

Considérant :

- La nécessité de définir et de préciser la notion de continuum de services spécialisés pour une compréhension partagée par l'ensemble des partenaires ;
- La nécessité de baliser l'offre de services spécialisés, de normaliser les pratiques de pointe et d'en généraliser l'utilisation ;
- L'importance de cibler les services spécialisés nécessaires pour répondre aux besoins des jeunes en difficulté, quel que soit sa région de résidence au Québec ;
- Le recours parfois inapproprié à la Loi sur la protection de la jeunesse pour garantir l'accès aux services spécialisés aux clientèles présentant des problèmes de santé mentale ou en besoin de réadaptation ;
- La référence trop rapide aux services spécialisés de pédopsychiatrie faute de services de base en santé mentale disponibles ;
- L'importance de mettre en place des mécanismes de coordination et de continuité entre les différents services spécialisés et généraux en vue de répondre efficacement aux besoins identifiés ;
- La détermination du MSSS de s'engager dans une démarche pour assurer l'accès de la clientèle jeunesse au meilleur service, au bon moment.

La sous-ministre adjointe de la Direction générale des services à la population constitue un comité de travail pour examiner le continuum de services spécialisés, en préciser les balises et proposer un modèle permettant d'offrir une gamme appropriée de services spécialisés accessibles à tous les jeunes en difficulté et ce, sur tout le territoire québécois.

Le mandat du comité de travail sera le suivant :

- Définir clairement, en vue d'une adhésion mutuelle, la notion de continuum de services spécialisés ;
- Identifier les problématiques (besoins) de la clientèle jeunesse nécessitant le recours à un service spécialisé ;
- Identifier le type de ressources susceptibles de répondre à un niveau de besoins spécialisés, incluant mais de façon non exhaustive, les ressources humaines, l'intervention de crise et l'intervention intensive dans le milieu ;
- Préciser les établissements mandataires pour développer et rendre accessibles ces services ;
- Déterminer les mécanismes d'accès pour les services sur-spécialisés;
- Définir un plan d'action à mettre en place pour optimiser et consolider l'utilisation des ressources disponibles en région et favoriser des mécanismes de collaboration ;
- Assurer le suivi avec les travaux ministériels sur la clientèle jeunesse multiproblématique et les arrimages avec les différents programmes et préciser les niveaux de complémentarité attendus avec les autres partenaires intersectoriels impliqués en jeunesse ;
- Faire une proposition d'organisation structurée et fonctionnelle du continuum de services spécialisés à privilégier sur l'ensemble du Québec, dans un avis au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Composition du comité de travail :

Sous la présidence de monsieur Marc Lacour, ce groupe sera constitué :

- De représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (2)
- De représentants des régions régionales (2)
- De représentants de l'Association des centres jeunesse du Québec (3)
- De représentants de l'Association des CLSC-CHSLD du Québec (2)
- D'un représentant de l'Association des hôpitaux du Québec (1)
- D'un représentant du réseau de la toxicomanie (1)
- D'un représentant du réseau de la santé mentale (1)
- D'un représentant du réseau de la déficience intellectuelle et des troubles envahissants du développement (1)
- D'un représentant du réseau de la déficience physique (1)
- De chercheurs spécialisés (2)
- D'experts nommés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (3).

La Direction générale des services à la population du MSSS assumera la coordination et le secrétariat du comité.

Échéancier :

Ce comité devra réaliser son mandat d'ici le 31 mars 2004 et déposer au maximum un mois plus tard son rapport à la sous-ministre adjointe.

En septembre 2003, un rapport d'étape portant sur l'avancement des quatre premiers objets des travaux devra être remis à la sous-ministre adjointe.

Version du 21 mai 2003

ANNEXE II

MEMBRES DU COMITÉ SUR LE CONTINUUM DE SERVICES SPÉCIALISÉS

<i>NOM</i>	<i>ORGANISME</i>
Lacour, Marc Président du comité Directeur (jeunesse, toxicomanie)	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Bégin, Diane Chef de service en déficience intellectuelle	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Bérubé, Line Chef de service enfance, jeunesse, famille	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Brière, Diane Chef de l'administration de programmes	CLSC-CHSLD de la Petite-Nation
Dulude, Danièle Directrice générale adjointe	Centre jeunesse de Laval
Filiatrault, Diane Directrice des programmes Famille-enfance-jeunesse	CLSC-CHSLD Sainte-Rose-de-Laval.
Gagnon, Jacques Conseiller	Association des hôpitaux du Québec
Gagnon, Suzanne Directrice des programmes de réadaptation de Marie-Enfant (HSJ)	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
Hotte, Jean-Pierre Directeur général	CRDI Montérégie-Est
Lafrance, Sylvie Coordonnatrice des services spécialisés et de réadaptation	Agence régionale de la Montérégie
Lecomte, France Directrice des services à la clientèle toxicomane et du jeu excessif	Centre Dollard-Cormier
Lévesque, D' Alain Président du Regroupement des chefs de pédopsychiatrie du Québec	Expert nommé par le MSSS
Malo, Luc	Expert nommé par le MSSS
Marleau, Denis Directeur des services en territoires	Centres jeunesse de l'Outaouais
Parenteau Jean-Luc Conseiller en planification et programmation en santé mentale	Comité de santé mentale
Potvin Jean-Marc DPJ	Centre jeunesse de Montréal
Robitaille, Anne Agente de recherche	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Turcotte, Daniel Directeur scientifique	Centre jeunesse de Québec - Institut universitaire, Université Laval
Boudreau, Jean Chargé de projet	Ministère de la Santé et des Services sociaux

ANNEXE III

ENTENTE MULTILATÉRALE DE CONCERTATION ENTRE LES RÉSEAUX⁹⁷ DE SERVICES POUR LES ENFANTS, LES JEUNES ET LEUR FAMILLE

La logique des services et leur découpage ne peuvent correspondre exactement à la multiplicité des profils et à la diversité des problèmes des usagers. Il appartient donc aux réseaux de services d'arrimer leurs responsabilités et de faire preuve de flexibilité et de cohérence dans l'harmonisation de leurs ressources et moyens d'intervention, notamment à partir de la constitution du panier de services et de la définition de seuils d'intervention. La présente entente aura porté ses fruits dans la mesure où les interventions en «silo» et où la discontinuité décelée dans certains services disparaîtront après sa mise en place.

USAGERS VISÉS PAR L'ENTENTE

Les usagers visés par cette entente sont les jeunes de 0 à 18 et leur famille ayant besoin de services spécialisés et présentant des problèmes mixtes où entre en cause plus d'une des problématiques suivantes : déficience physique, déficience intellectuelle, troubles envahissant du développement, santé mentale, toxicomanie, protection de la jeunesse et délinquance.

PRINCIPES

- La famille constitue le premier milieu de développement des enfants et les parents sont normalement les premiers responsables des réponses aux besoins de ceux-ci; les interventions spécialisées doivent donc se faire en étroite collaboration avec les parents, dans le respect de leurs diversités personnelles, familiales et culturelles.
- La gamme des services spécialisés destinés aux enfants doit s'inscrire, dans toute la mesure du possible, dans une approche normalisante, visant l'intégration et la participation sociales.
- Un enfant doit pouvoir compter sur des services adéquats, peu importe la nature, la complexité ou l'intensité de ses besoins; ces services lui sont offerts par un réseau d'établissements complémentaires, imputables, solidaires et coordonnés, agissant le plus près possible de son milieu de vie.

97. Les réseaux de santé et de services sociaux concernés sont ceux de la déficience physique (DP), de la déficience intellectuelle et des troubles envahissants du développement (DI-TED), de la santé mentale (SM), des centres jeunesse (CJ) et de l'alcoolisme et toxicomanie (TOX); les CLSC, travaillant en interface suivie et continue avec ces réseaux, sont également partie prenante de cette entente.

- Les situations des enfants, des jeunes et de leur famille doivent être évaluées, en vue d'assurer l'accès au bon service, au bon moment, et afin d'éviter une aggravation de la situation. Par la suite, dès que leurs services sont requis, les établissements doivent mettre en place toutes les mesures nécessaires à la complémentarité et à la continuité des interventions.
- La voie d'accès aux divers services destinés à la jeunesse doit être clairement établie et l'usager, lorsque la situation le demande, doit être orienté et accompagné de façon personnalisée vers d'autres services.
- Chaque région doit disposer sur son propre territoire, de façon comparable et équitable, d'une gamme diversifiée de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille. Chaque région doit, par ailleurs, être en mesure de donner accès à la gamme complète des services spécialisés requis, notamment à l'aide d'ententes interrégionales.
- Des mécanismes locaux et régionaux bien définis doivent permettre de régler tout litige qui pourrait éventuellement survenir concernant l'accessibilité, la coordination ou le financement des services spécialisés.

BUT ET OBJECTIFS POURSUIVIS

Le **but** visé par la présente entente est d'assurer, sur le plan local et régional, la mise en place d'un continuum efficace des services afin de répondre de façon rapide, complémentaire et adaptée à l'ensemble des besoins des jeunes de la région.

Les **objectifs** de l'entente sont de :

- o développer et maintenir des liens étroits entre les partenaires responsables des services spécifiques et spécialisés, afin d'assurer la complémentarité des services offerts aux jeunes ayant des problèmes similaires;
- o de préciser les mécanismes de collaboration et de faciliter le partage des responsabilités dans l'offre de services aux enfants, aux jeunes et à leur famille;
- o d'assurer l'utilisation efficace et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières des établissements.

MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

1. **Accès et seuils d'intervention** : Dès que des services complémentaires sont nécessaires dans un secteur donné, celui-ci s'adresse au répondant⁹⁸ du secteur apte à répondre à ses besoins, en fonction du «panier de services régionaux» et des seuils d'intervention convenus, afin d'enclencher le mécanisme de collaboration et de concertation. L'évaluation des besoins des jeunes (et notamment de ceux qui présentent des problèmes importants de façon simultanée) et l'urgence d'intervenir doivent prévaloir sur l'ordre chronologique des listes d'attente ou sur les automatismes des procédures ; les critères cliniques doivent demeurer prépondérants; les règles permettant d'accorder la priorité à tel ou tel cas, de même que les critères utilisés, doivent être définis et

98. Chaque secteur s'assure de nommer un répondant qui sera la personne permettant la coordination et la complémentarité des services; voir plus loin la section *Engagement contractuel*.

transparentes et doivent prévoir des délais critiques assurant l'accès aux services pour les jeunes éprouvant des problèmes moins urgents.

2. **Coordination** : À la lumière de la présente entente, la coordination s'exerce d'abord, par l'entremise du répondant de chacun des secteurs de services spécialisés, par l'analyse conjointe des besoins décelés. Les répondants gèrent ensuite les divers aspects de la coordination des services, de l'accompagnement, du suivi et de la révision des PSI. Un seul établissement est désigné comme responsable de l'usager, en fonction du principal problème de celui-ci ou de la durée anticipée de la prise en charge.
3. **Arbitrage** : Si un différend ou un litige survient, celui-ci sera normalement résolu par les répondants des établissements concernés. Si le différend persistait, il appartiendra à l'agence régionale de déterminer les rôles et responsabilités de chacun à l'aide de son mécanisme de solution de litige.
4. **Évaluation et suivis** : Chaque instance voit à documenter, à l'aide d'indicateurs préalablement déterminés, les interventions effectuées sur la base d'un partenariat. Le Conseil québécois d'agrément aura à évaluer périodiquement la qualité de la concertation et déterminera au besoin les correctifs qu'il serait souhaitable d'apporter à l'évaluation et aux suivis.

ENGAGEMENT CONTRACTUEL

En vertu de cette entente, les établissements suivants,

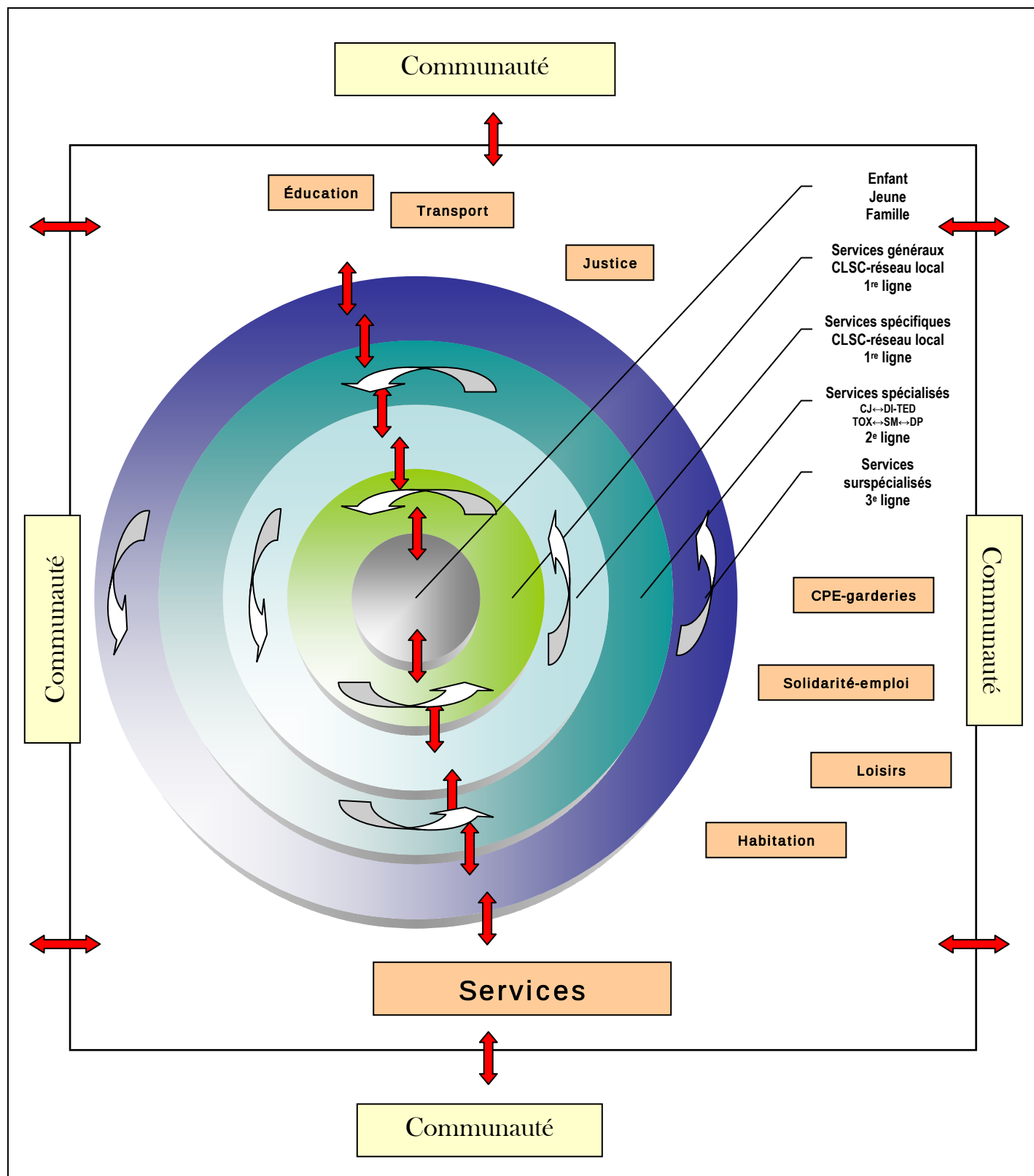
responsables de l'offre de services spécifiques et spécialisés sur le plan régional, s'engagent à nommer rapidement, pour le bénéfice de chacun des autres partenaires, le répondant de leur secteur, qui facilitera l'accès aux services, la coordination des opérations et la solution d'éventuels litiges. Chaque établissement s'engage également à respecter l'offre de services et les seuils d'intervention prévus et à participer à toute rencontre ou réunion, de nature clinique ou administrative, visant à faciliter la coordination des interventions et le recours à un PSI. Chaque établissement s'engage enfin à fournir de la documentation sur les interventions effectuées en collaboration avec d'autres établissements, en utilisant les indicateurs retenus.

CONCLUSION

Bâtissant sur cette collaboration et se concertant pour documenter leurs pratiques conjointes, les partenaires des services spécialisés pourront, au fil des ans, mieux définir, sur la base de données probantes, les pratiques qu'il conviendrait de généraliser.

L'intégration des services spécialisés sur le plan régional devra, par ailleurs, s'harmoniser rapidement et de façon complémentaire tant avec les services sur-spécialisés (suprarégionaux) qu'avec les autres services intersectoriels appropriés (garderie, éducation, justice, loisir, habitation, etc.). Pour cela, il faudra néanmoins garder à l'esprit que le meilleur intérêt des enfants ne passe jamais par des trajectoires discontinues ou des services fragmentés et incohérents.

Continuum de services destinés aux enfants et aux jeunes



ANNEXE V

LISTE DES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

1. Le comité recommande de mettre rapidement en place un système d'information favorisant l'intervention entre les divers secteurs visés, facilitant l'examen du cheminement des enfants et des jeunes et fournissant des données qui pourront servir à mesurer la performance des établissements et à entreprendre des études portant sur l'imputabilité de ceux-ci.
2. Le comité recommande une structure de services basée sur une offre de services à deux paliers où les services de première ligne, outre les services généraux, comprendraient des services spécifiques nettement définis et complémentaires avec ceux de chacun des secteurs de services de deuxième ligne. Le comité préconise une offre de services spécialisés explicite, complémentaire et interconnectée entre les divers secteurs du réseau.
3. Le comité recommande aux agences régionales d'effectuer l'examen annuel des placements des enfants et des jeunes dans leur région, à la lumière des moyennes provinciales et des orientations ministérielles, puis d'utiliser ces données comme levier pour mieux harmoniser les des divers modes d'intervention sur leur territoire.
4. Le comité recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux de se doter d'un cadre de référence sur l'hébergement des enfants et des jeunes tenant compte des besoins de ceux-ci, des standards internationaux et de paramètres de financement conçus en fonction d'une approche populationnelle pondérée.
5. Le comité recommande que l'organisation des services en matière de santé mentale ait à sa base des services de première ligne clairement définis, comme cela est prévu dans l'offre de services proposée, et repose sur une hiérarchisation formelle des services, où les psychiatres appuieront les omnipraticiens et les pédiatres (on attend de tous les services de psychiatrie qu'ils offrent une gamme de services destinés aux enfants et aux jeunes). Afin de pouvoir offrir des services adéquats à certains cas aigus, chaque région devra disposer de services d'hospitalisation; à cette fin, un ou des établissements seront désignés régionalement pour offrir des lits de pédopsychiatrie. Si le nombre de cas est trop peu élevé (ou pour toute autre raison), et qu'aucun établissement n'est désigné, une entente interrégionale devra alors être conclue par l'agence régionale concernée avec une autre région pour que la région touchée ait accès de façon privilégiée, lorsque cela est nécessaire, à de tels lits d'hospitalisation. Cette orientation n'exclut pas, par ailleurs, la possibilité qu'un département de psychiatrie ou de pédiatrie, dépendamment de l'âge d'un enfant, puisse

effectuer régionalement une hospitalisation à des fins d'observation ou de stabilisation.

6. Le comité recommande que les centres jeunesse accueillant des jeunes éprouvant, outre des problèmes de comportement ou de maltraitance, de sérieux problèmes de santé mentale, puissent assumer la réadaptation de ces jeunes en leur offrant un encadrement garanti à la fois sur le plan médical et psychiatrique (à l'aide des AMP et des PREM). Le comité recommande aussi que ces centres bénéficient d'un soutien formel de première ligne, d'une infrastructure et d'un financement adaptés, et que leur personnel reçoive une formation adéquate.
7. Le comité recommande que l'hébergement des jeunes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement soit pris en charge par le secteur des CRDI qui bénéficiera, lorsque cela est nécessaire, du soutien du secteur de la santé mentale pour les jeunes présentant des troubles mentaux associés, et de celui des CJ, lorsque l'intervention se fait avec des jeunes en vertu de la LPJ ou de la LSJPA. Dans le cas où il y aurait application de mesures d'urgence ou mise sous garde, les CJ conserveront la responsabilité d'offrir des lieux d'hébergement appropriés, en collaboration avec le secteur des CRDI. Afin de relever le défi proposé, les CRDI devront disposer d'une infrastructure et d'un financement adaptés, et avoir un personnel adéquatement formé.
8. Dans la gestion des listes d'attente, le comité recommande que les critères cliniques soient prépondérants, que les règles destinées à accorder la priorité à tel ou tel cas soient transparentes et prévoient des délais limites pour assurer le traitement des dossiers les moins urgents.
9. Dans le partage des cas CJ/CLSC en matière de réadaptation externe, le comité recommande que la prestation des services relève des CJ lorsque les interventions sont effectuées en vertu de la LPJ ou de la LSJPA ; les jeunes recevant des services en vertu de la LSSS seront pour leur part suivis par les CLSC.
10. Pour favoriser la formation de réseaux régionaux de services spécialisés dans toutes les régions, le comité recommande l'adhésion formelle des établissements de tous les secteurs à *l'Entente multilatérale de concertation entre les réseaux de services pour les enfants, les jeunes et leur famille*.
11. Pour assurer, en vertu de la LPJ, la disponibilité des médecins spécialisés en maltraitance, le comité recommande de soutenir le développement régional de l'expertise à cet égard et de faciliter les relations entre médecins et DPJ.
12. Le comité recommande, pour l'orientation des cas d'un service vers un autre, non pas une porte d'entrée unique, mais plutôt un système reposant sur des répondants clairement identifiés, sur une évaluation conjointe si nécessaire, sur la gestion d'un PSI adapté aux besoins des enfants et sur des transferts personnalisés, le tout reposant sur un souci constant

d'assurer la pertinence des services, leur complémentarité et leur continuité.

13. Considérant les résultats préliminaires positifs des EIJ, le comité appuie leur développement et recommande que les réseaux locaux puissent compter sur de telles équipes pour favoriser l'harmonisation des services auprès des jeunes qui ont des problèmes complexes ; cette recommandation est assortie d'une demande de suivi et d'évaluation des résultats de ce type d'intervention.
14. Pour ancrer concrètement les visées de l'Entente MSSS/MEQ, le comité recommande un arrimage avec l'instance de coordination régionale pour que des règles claires encadrent et lient formellement les partenaires sur le terrain.
15. En vue d'accroître la synergie entre le réseau de la santé et celui de l'éducation et de rapprocher les commissions scolaires des réseaux locaux, le comité recommande d'intégrer le plus possible la prévention dans la programmes scolaires et de faire en sorte que les CLSC, avec l'accord des parents, participent à l'intervention lorsqu'un jeune risque d'être expulsé, qu'il ne fréquente plus l'école ou qu'il fait preuve d'absentéisme.
16. En ce qui concerne les CPE et les autres milieux de garde d'enfants, le comité recommande de faire de leur soutien, conjointement avec le personnel des garderies, une priorité incontournable et de consentir, compte tenu des ressources disponibles, à faire le maximum d'efforts pour favoriser l'adaptation des enfants dans ces milieux plutôt que de les prendre en charge dans le réseau sociosanitaire ; les avantages de ces milieux comme vecteurs de la socialisation, de l'intégration et de la préparation scolaires sont considérables.
17. Pour faciliter la transition dans le monde adulte des jeunes de 16 à 19 ans, le comité recommande de mettre en place des stratégies de relais entre les réseaux en cause en vue d'harmoniser les pratiques, de faciliter l'adaptation et prévenir les «pannes» de services. Le comité recommande que le réseau de la santé et des services sociaux s'assure des liaisons fonctionnelles des réseaux locaux avec les réseaux responsables du logement, de la formation professionnelle et de l'intégration à l'emploi.
18. Concernant les jeunes avec une déficience physique, le comité recommande que des assouplissements puissent être apportées aux règles financières des établissements afin de rendre possible des investissements permettant d'adapter des ressources résidentielles de type familial et, par la suite, de les gérer pour répondre aux besoins d'autres jeunes.
19. En cas de litige concernant la gestion des services spécialisés pour des jeunes éprouvant de multiples problèmes, le comité recommande que l'agence régionale prévoie un mécanisme permettant de déterminer la responsabilité de chaque établissement. Dans ce contexte, l'agence

pourra, afin de compenser les coûts marginaux liés à certains services, se doter d'un fonds spécial.

20. Afin de définir les profils professionnels requis, de déterminer quelle est la meilleure façon de partager les responsabilités, de préciser quelles sont les modalités d'orientation, de transfert ou de suivi les plus utiles, quelles sont les solutions les plus adaptées en cas de litige, et de mesurer les effets des interventions auprès de divers types de jeunes auxquels s'adressent les services, le comité recommande que le MSSS définisse et mette à profit les indicateurs les plus pertinents pour l'évaluation des réseaux de services intégrés, en se basant sur les travaux du CQA.
21. Considérant les travaux en cours du ministère sur les services de troisième ligne et la volonté du comité de rendre plus de services accessibles sur le plan régional, les membres du comité recommandent de ne reconnaître comme services surspécialisés, en déficience physique, que certaines surspécialités très précises, dont les suivantes : *réadaptation fonctionnelle intensive post-implant cochléaire ; entraînement à la communication tactile et au déplacement pour les cas de surdité ; conseils dans l'utilisation d'équipements informatiques perfectionnés destinés aux déficients visuels ; recours à des appareils très sophistiqués (comme des prothèses myo-électriques ; utilisation d'une expertise médicale très restreinte (par exemple, pour les consortium de services offerts aux jeunes blessés médullaires ou aux jeunes ayant un traumatisme cranio-cérébral)*. En santé mentale, les seuls services reconnus à l'échelle provinciale pour l'évaluation et le traitement d'adolescents présentant de graves problèmes de violence ou d'abus sexuel seraient ceux de l'unité pour adolescents de l'institut Philippe Pinel.
22. Les membres du comité recommandent d'accélérer la désignation d'instituts universitaires qui pourront couvrir de façon spécifique chacune des grandes missions des services destinées aux enfants et aux jeunes. Le comité recommande également de financer adéquatement ces instituts et de voir à ce que leur mission et leurs mandats soient formulés de façon telle que l'ensemble des établissements des réseaux concernés puissent bénéficier de retombées directes et d'un soutien adapté sur le plan de la recherche, de l'enseignement et de la mise en place de pratiques innovatrices ou de pointe.

ANNEXE VI

SIGLES ET ACRONYMES

ACCQ	Association des CLSC et des CHSLD
ACJQ	Association des centres jeunesse
AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique
AHQ	Association des hôpitaux du Québec
AMP	Activité médicale particulière
AMPQ	Association des médecins psychiatres du Québec
CAU	Centre affilié universitaire
CLSC	Centre local de services communautaires
CH	Centre hospitalier
CJ	Centre jeunesse
CPE	Centre de la petite enfance
CQA	Conseil québécois d'agrément des établissements santé et de services sociaux
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRPAT	Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
DP	Déficience physique
DI-TED	Déficience intellectuelle - trouble envahissant du développement
DPJ	Directeur ou Direction de la protection de la jeunesse
ÉIJ	Equipe d'intervention jeunesse
FQCRDI	Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle
FQCRPAT	Féd. qc. des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes
FQRSC	Fonds québécois de recherche sur la société et la culture
ICBE	Inventaire concernant le bien-être des enfants
IGT-ado	Indice de gravité d'une toxicomanie - adolescents
ISQ	Institut de la statistique du Québec
IU	Institut universitaire
LJC	Loi sur les jeunes contrevenants
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MESSF	Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille
MFE	Ministère de la Famille et de l'Enfance
MRCI	Ministère des Relations avec le citoyen et de l'Immigration
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PIBE	Plateforme informationnelle sur le bien-être de l'enfant
PIJ	Projet intégration jeunesse
PNF	Programme national de formation (pour les services enfance/jeunesse)
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
PSI	Plan de services individualisé
RAC	Résidence d'assistance continue
RCPQ	Regroupement des chefs de pédopsychiatrie du Québec
RI	Ressource institutionnelle
RRR	Ressource résidentielle de réadaptation
RTF	Ressource de type familial
SM	Santé mentale
SSP	Système de soutien à la pratique
TCC	Traumatisme cranio-cérébral
TDAH	Trouble de déficit de l'attention et d'hyperactivité
TOX	Toxicomanie