

État de la situation et recommandations au regard des services offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille dans les CLSC



Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse
(Comité Lebon)

État de la situation et recommandations au regard des services offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille dans les CLSC



Groupe d'experts en organisation
clinique en matière jeunesse

Décembre 2000

MEMBRES DU GROUPE D'EXPERTS EN ORGANISATION CLINIQUE EN MATIÈRE JEUNESSE

M. Jacques Dumais

Directeur de la Protection de la jeunesse et directeur provincial pour les centres jeunesse de Chaudière-Appalaches.

M. Guy Poudrier

Directeur des Services généraux et communautaires du CLSC du Centre de la Mauricie.

Mme Monique Tessier

Chef du Service en adaptation sociale à la Direction de la programmation et coordination de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

M. Jean Théorêt

Coordonnateur régional à la Direction du soutien au réseau du ministère de la Santé et des Services sociaux.

M. André Lebon

Président du groupe d'experts, directeur général du Centre de psycho-éducation du Québec, organisme affilié à l'Université de Montréal, et membre du Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale de l'enfant (GRIP).

Édition produite par :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Le présent document est disponible à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

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

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Bibliothèque nationale du Canada, 2001
ISBN 2-550-37522-X

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

© Gouvernement du Québec

REMERCIEMENTS

Le Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse remercie de façon particulière les personnes qui ont collaboré à l'inventaire des services et des ressources des CLSC du Québec, leur expertise et leur apport ont contribué à la réalisation des travaux qui ont permis la production de ce troisième rapport du comité Lebon.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) :

Mme Lynda Cyr, Direction générale du Financement, du suivi Budgétaire et des Technologies;

Mme Lise Dunnigan, Direction générale de la Planification Stratégique et de l'Évaluation;

Mme Catherine Gagné, Direction générale des Services à la population;

M. Marcel Mecteau, Direction générale de la Planification Stratégique et de l'Évaluation;

M. Gilles Pelletier, Direction générale de la Planification Stratégique et de l'Évaluation;

M. René Kirouac, Direction générale de la Planification Stratégique et de l'Évaluation;

M. Gilles Savard, Direction des Communications;

M. Yves Théberge, Direction générale de la Santé Publique.

Régies régionales de la santé et des services sociaux :

Mme Danièle Dorval, Régie régionale de Montréal-Centre;

Mme Christiane Goyette, Régie régionale de Québec;

Mme Carole Roy, Régie régionale de l'Estrie;

Mme Monique Tessier, Régie régionale de Montréal-Centre.

Association des CLSC-CHSLD du Québec :

Mme Sylvie Fortin, responsable des services à la jeunesse

MOT DU PRÉSIDENT

C'est avec une grande satisfaction et beaucoup de fierté que nous avons complété notre rapport au regard des services offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille dans les CLSC. Nous sommes heureux d'avoir rapidement eu l'occasion d'en discuter avec madame Agnès Maltais, ministre déléguée à la Santé et aux Services sociaux, lorsqu'elle a succédé à monsieur Gilles Baril comme responsable de ce dossier. Nous avons eu l'occasion de remettre à celui-ci notre rapport en décembre dernier.

La publication de ce rapport revêt, à nos yeux, un caractère extrêmement particulier. Ce document vient combler une lacune maintes fois relevée par l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, le Vérificateur général du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que par de nombreux intervenants, à savoir l'absence de données exhaustives concernant les services à la jeunesse par les CLSC. Nous sommes très heureux de la collaboration que nous avons obtenue de l'ensemble des répondants de 143 CLSC du Québec. Le temps consacré à nos demandes et la rigueur avec laquelle les répondants ont rempli les questionnaires assurent à notre étude une grande fiabilité. Nous sommes également très heureux des alliances que nous avons suscitées au cours de la tournée de validation des données que nous avons effectuée dans tout le Québec au printemps 2000.

Avec le présent inventaire, le Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse (comité Lebon) termine son mandat qui consistait à dresser le portrait des services à la jeunesse, aussi bien en première qu'en deuxième ligne. Si on ajoute à ce rapport les études qui portaient sur les communautés crie et inuit, nous avons à notre disposition un tableau québécois complet des services à la jeunesse offerts par les CLSC et les centres jeunesse. Nous terminons notre mandat et sommes fiers de dire « mission accomplie ». Enfin, nous croyons que les renseignements contenus dans notre rapport pourront soutenir les décideurs du réseau de la santé et des services sociaux dans la planification et l'organisation des services à la jeunesse.

En tant que président du Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse, je profite de la publication du rapport sur les services offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille par les CLSC pour remercier mes collègues, Monique Tessier, Jacques Dumais, Guy Poudrier et Jean Théorêt, et souligner leur total engagement, leur disponibilité, leur compétence ainsi que leur esprit d'équipe tout au long des trois années qu'a duré notre mandat. Nul doute que la qualité de leur implication a contribué à gagner la confiance de nos partenaires dont nous avons pu bénéficier de la collaboration.

L'occasion m'est donnée ici de souligner particulièrement l'exceptionnelle contribution de monsieur Guy Poudrier. Son expérience des CLSC et sa profonde connaissance des programmes nous ont guidés tout au long de nos travaux. Il fut de toutes les discussions et il a assuré la coordination des travaux de tous les répondants régionaux et locaux. La qualité du présent rapport repose pour l'essentiel sur sa détermination à assurer la plus grande rigueur à notre démarche et sa volonté de valider chacune des données. Je tiens à souligner également le travail de monsieur Jean Théorêt qui a participé activement à la rédaction du rapport. « Cent fois sur le métier remettez votre ouvrage », dit le proverbe. C'est ce que ces deux personnes ont fait, vérifiant les informations, cherchant les mots justes, consultant des personnes ressources pour que notre propos traduise le plus fidèlement possible nos observations. À tous les deux, je dis merci pour ce travail ardu, obscur et ingrat mais à la fois essentiel au succès de l'opération.

Je tiens également à remercier de leur étroite collaboration mesdames Andrée Gendron et Sylvie Fortin, de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, les collaborateurs des régions régionales ainsi que les directeurs des 143 CLSC et leurs répondants qui nous ont facilité la tâche tout au long de notre démarche.

De façon toute spéciale, un chaleureux merci à madame Catherine Gagné pour le travail quotidien et acharné qu'elle a si généreusement fourni dans la mise en forme de texte et celle de plus de 500 tableaux.

Je termine en remerciant monsieur Gilles Baril, ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse et ministre responsable du Loisir, du Sport et du Plein Air, et monsieur Pierre Michaud, sous-ministre adjoint à la Direction générale des services à la population, pour leur confiance maintes fois réaffirmée. Cette confiance nous a largement aidés à mener à terme nos travaux.

Bonne lecture !

André Lebon, président
Groupe d'experts en organisation
clinique en matière jeunesse

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX

1. Population du Québec	3
2. Population des jeunes de 0 à 17 ans au Québec – Tableau comparatif 1997-1999-2017	3
3. Évolution de la population des jeunes au Québec	4
4. Répartition de la population des jeunes de 0 à 17 ans en 1999, selon les groupes d'âges, Québec	5
5. Répartition de la population des jeunes de 0 à 17 ans en 1999, selon les régions sociosanitaires, Québec	6
6. Dépenses totales des CLSC par programme-clientèle en 1998-1999	9
7. Population des jeunes de 0 à 17 ans au Québec et aspects financiers 1998-1999	12
8. Répartition des établissements selon la mission	14
9. Tableau comparatif du coût moyen par jeune selon les types de milieu	15
10. Dépenses pour les programmes-clientèles Enfance-jeunesse-famille et Santé publique.....	16
11. Répartition des dépenses pour les deux programmes-clientèles selon les régions sociosanitaires en 1998-1999	16
12. Répartition des dépenses pour le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille selon les centres d'activités.....	17
13. Répartition des dépenses pour le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille selon les régions sociosanitaires en 1998-1999	18
14. Répartition des dépenses pour le programme-clientèle Santé publique selon les centres d'activités.....	19
15. Répartition des dépenses pour le programme-clientèle Santé publique selon les régions sociosanitaires en 1998-1999	20
16. Dépenses en milieu scolaire en 1998-1999.....	21
17. Répartition des dépenses en milieu scolaire selon les régions sociosanitaires	22

18. Répartition des dépenses pour le programme d'action communautaire pour les enfants selon les régions sociosanitaires	23
19. Total des postes relevant des programmes-clientèles Enfance-jeunesse-famille et Santé publique	25
20. Répartition des postes par groupes d'âge.....	25
21. Coefficients des postes reliés aux services offerts aux jeunes de 0 à 17 ans pour 1 000 enfants.....	28
22. Nombre de postes de professionnels et coefficients en milieu scolaire selon les centres d'activités.....	29
23. Nombre de postes d'encadrement et coefficients dans les CLSC.....	29
24. Répartition des effectifs (ETC) par titre d'emploi pour le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille selon les régions sociosanitaires.....	33
25. Répartition des effectifs (ETC) par titre d'emploi pour le programme-clientèle Santé publique selon les régions sociosanitaires	35
26. Nombre moyen d'interventions selon les groupes d'âge	39
27. Estimation du nombre d'usagers des programmes-clientèles par rapport à la population totale des jeunes de 0 à 17 ans	41
28. Répartition des usagers des programmes-clientèles selon les groupes d'âge	42
29. Heures d'ouverture des services	43
30. Services offerts.....	46
31. Disponibilité des services	47
32. Disparité des services offerts par les CLSC.....	48
33. Info-santé CLSC	49
34. Répartition des appels par groupes d'âge	50
35. Tableau synthèse	53

LISTE DES FIGURES

1. Dépenses totales des CLSC	10
2. Dépenses pour les services offerts aux jeunes par les CLSC	11
3. Coût moyen par jeune selon les régions sociosanitaires	13
4. Répartition des postes pour le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille selon les régions sociosanitaires	26
5. Répartition des postes pour le programme-clientèle Santé publique selon les régions sociosanitaires	26
6. Pourcentages de la population, des dépenses et des postes par région sociosanitaire	54

LISTE DES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES DU QUÉBEC

01	Région du Bas-Saint-Laurent
02	Région du Saguenay-Lac St-Jean
03	Région de Québec
04	Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec
05	Région de l'Estrie
06	Région de Montréal-Centre
07	Région de l'Outaouais
08	Région de l'Abitibi-Témiscamingue
09	Région de la Côte-Nord
10	Région du Nord-du-Québec
11	Région de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine
12	Région de la Chaudière-Appalaches
13	Région de Laval
14	Région de Lanaudière
15	Région des Laurentides
16	Région de la Montérégie
17	Région du Nunavik
18	Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James

MÉTHODE ET ÉCHÉANCIER

PRÉAMBULE	1
Portée de l'étude	1
CHAPITRE 1 : POPULATION CIBLE	3
1.1 Informations générales	3
1.2 Informations particulières	5
1.3 Synthèse	7
CHAPITRE 2 : ASPECTS FINANCIERS	9
2.1 Dépenses totales dans les CLSC	9
2.2 Dépenses relatives au volet jeunesse des programmes-clientèles Enfance-jeunesse-famille et Santé publique	10
2.3 Coût moyen par jeune	11
2.4 Coût moyen par jeune selon les missions	13
2.5 Coût moyen par jeune selon les types de milieu	14
2.6 Coût moyen par jeune des programmes-clientèles Enfance-jeunesse-famille (EFJ) et Santé publique (SP)	15
2.7 Programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille	17
2.8 Programme-clientèle Santé publique	18
2.9 Services en milieu scolaire	21
2.10 Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)	22
2.11 Synthèse	24
CHAPITRE 3 : RESSOURCES HUMAINES DES CLSC	25
3.1 Postes relevant des programmes-clientèles Enfance-jeunesse-famille et Santé publique	25
3.2 Coefficients des postes	27
3.3 Les CLSC en milieu scolaire	28
3.4 Nombre de postes d'encadrement et coefficients dans les CLSC	29
3.5 Les médecins des CLSC	29
3.6 Effectifs par titre d'emploi dans les programmes-clientèles	30
3.6.1 Enfance-jeunesse-famille	30
3.6.2 Programme-clientèle Santé publique	34
3.7 Synthèse	36

CHAPITRE 4 : INFORMATIONS CLIENTÈLES	39
4.1 Interventions	39
4.2 Usagers	40
4.2.1 Taux de pénétration dans le milieu	40
4.2.2 Usagers par programme-clientèle	41
4.2.3 Liste d'attente, plan d'intervention, placement, entente à l'intérieur d'un secteur et entre secteurs	42
4.3 Heures d'ouverture pour les services offerts à la jeunesse par les CLSC	43
4.3.1 Services réguliers	43
4.3.2 Services d'urgence sociale	43
4.4 Synthèse.....	44
 CHAPITRE 5 : SERVICES OFFERTS.....	45
5.1 Disponibilité des services	45
5.1.1 Types d'activités	45
5.2 Disparité des services	47
5.3 Info-santé CLSC.....	48
5.4 Mesures d'urgence	51
5.5 Synthèse.....	52
 CHAPITRE 6 : SYNTHÈSE GÉNÉRALE	53
 CHAPITRE 7 : COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS	57
7.1 Virage en amont à consolider	57
7.2 Organisation des services	58
7.3 Axes d'intervention	59
7.4 Principaux constats et recommandations	61
7.4.1 Aspects cliniques et administratifs.....	61
 ANNEXE 1 : Paramètres de l'étude	67
 ANNEXE 2 : Sommaire des résultats régionaux	69

MÉTHODE ET ÉCHÉANCIER

- Juin 1999 : Le ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse, M. Gilles Baril, donne le mandat au comité Lebon d'inventorier les ressources et services offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille dans les CLSC.
- Juillet 1999 : Conception et validation du questionnaire s'adressant à 143 CLSC¹.
- Formation d'un comité de soutien de la démarche regroupant des représentants du MSSS, des régies régionales et de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec.
- Septembre 1999 : Informations présentées aux responsables des services à la jeunesse dans les régies régionales afin de favoriser la compréhension de la démarche et de susciter des réponses pertinentes au questionnaire.
- Envoi du questionnaire dans 143 CLSC par l'entremise des régies régionales.
- D'octobre à décembre 1999 : Réponse au questionnaire par tous les responsables dans les CLSC, appuyés par les représentants des régies régionales et du comité de soutien de la démarche.
- Janvier–février 2000 : Saisie et traitement des données.
- Validation des données en collaboration avec les régies régionales et les CLSC.
- Planification des présentations aux régions.
- Mars 2000 : Tournée de toutes les régions du Québec afin de présenter les résultats préliminaires et de terminer le processus de validation des données de chaque région. Les représentants des CLSC, des régies régionales et des partenaires ont participé à ces rencontres.
- Juin 2000 : Présentation d'une synthèse des données au ministre délégué, M. Gilles Baril, et à M. Pierre Michaud, sous-ministre adjoint.
- Juillet 2000 : Début des travaux d'analyse des informations recueillies devant mener à la rédaction du présent rapport.
- Décembre 2000 : Dépôt du rapport.
- Avril 2001 : Publication du rapport.

¹ Le Québec compte 146 CLSC, dont trois sont situés dans le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James. Ces deux régions ayant déjà fait l'objet d'analyses particulières, elles ne sont pas incluses dans la présente étude.

PRÉAMBULE

PORTÉE DE L'ÉTUDE

La mission d'un Centre local de Services Communautaires (CLSC), telle qu'elle est définie dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2), est « d'offrir en première ligne des services de santé et des services courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion... » (LSSSS, art. 80). Les CLSC ont notamment pour tâches d'offrir des services aux enfants, aux adolescents et à leur famille.

Notre étude porte principalement sur la présentation d'éléments qui décrivent l'état des ressources et des services offerts à la jeunesse par les CLSC. L'analyse de ces éléments descriptifs nous amène, d'une part, à cerner les préoccupations majeures concernant la croissance et l'adaptation de nos services et, d'autre part, à relever les principales constatations et à faire les recommandations qui s'imposent pour offrir aux jeunes une plus grande accessibilité aux services.

Notre mandat est donc bien circonscrit : il s'agit principalement de tracer un portrait des ressources à la jeunesse dans les CLSC. Les réflexions qui en découlent sont basées sur les données recueillies et les rencontres régionales réunissant les régies régionales, les CLSC, les centres jeunesse et les autres partenaires.

Le présent rapport n'a donc pas la prétention de répondre à toutes les attentes, mais il constitue une base de données qui permettra d'approfondir la connaissance des services offerts aux jeunes par les CLSC et d'en suivre l'évolution. Il s'adresse particulièrement au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), aux régies régionales, aux établissements et aux organismes communautaires du réseau de la santé et des services sociaux. Notre analyse concerne plus précisément les centres d'activités de deux des huit programmes-clientèles du MSSS. Ces deux programmes-clientèles sont Enfance-jeunesse-famille (EJF) du champ d'activités Adaptation sociale, et Santé publique (SP) du champ d'activités du même nom (voir l'annexe 1)

Cette étude fait suite à différents rapports qui ont déterminé les besoins des enfants, des adolescents et de leur famille et recommandé des ajustements quant à l'organisation des services qui leur sont offerts. Citons les travaux suivants : *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux* (Rochon), *Un Québec fou de ses enfants* (Bouchard), *La Politique de la santé et du bien-être, Plans de transformation du réseau de la santé et des services sociaux et Agissons en complices* (Cliche).

Le présent rapport s'inscrit aussi dans la continuité de nos deux premiers rapports qui présentaient un état de situation et formulaient des recommandations au regard des listes d'attente en Protection de la jeunesse et de l'accessibilité aux services à la jeunesse.

Toutes les conclusions de ces travaux convergent vers le nécessaire renforcement des services de première ligne et établissent les services qui devraient être offerts par les CLSC afin d'améliorer la réponse aux besoins des enfants, des adolescents et des familles.

Plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que d'autres ministères et organismes (régies régionales, CLSC, centres jeunesse, Vérificateur général du Québec) convenaient d'une insuffisance de données sur les ressources et les services du secteur jeunesse dans les CLSC. Devant cette situation, le ministre délégué, M. Gilles Baril, a confié au comité Lebon le mandat d'inventorier les ressources et les services relatifs aux enfants, aux adolescents et à leur famille.

Les premiers chapitres de ce rapport présentent des données sur la population du Québec, les aspects financiers des programmes-clientèles à l'étude, les ressources humaines nécessaires à ces programmes-clientèles, les informations sur les usagers et les services offerts. Dans la seconde partie, nous procédons à une analyse de différents aspects cliniques et administratifs et concluons en regroupant les principaux constats et recommandations de notre rapport.

En terminant, nous avisons le lecteur qu'outre les données sur l'ensemble du Québec contenues dans ce rapport, des données concernant chacune des régions et chaque CLSC sont également disponibles.²

² Données relatives aux services offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille dans les CLSC, Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse. Ce document est disponible dans les directions des CLSC et des régies régionales.

CHAPITRE 1 : POPULATION CIBLE

1.1 INFORMATIONS GÉNÉRALES

Pour les besoins de nos travaux, nous avons consulté des experts de la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation du MSSS en matière de données sur les populations. Ils nous ont recommandé d'utiliser la population estimée au 1^{er} juillet 1999 par l'Institut de la statistique du Québec. Le présent chapitre contient des informations sur l'ensemble de la population et celle des jeunes âgés de 0 à 17 ans inclusivement que nous avons divisée selon les groupes d'âge 0-5 ans, 6-11 ans et 12-17 ans.

La population totale au Québec est de 7 352 258 personnes. La population des jeunes de 0 à 17 ans est de 1 621 050 et représente 22 % de la population totale du Québec. Considérant que deux rapports ont été produits respectivement pour la région du Nunavik et pour la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, la population des jeunes des 16 régions étudiées est de 1 611 830 (voir le tableau 1).

Tableau 1

Population du Québec¹

Population totale : 7 329 360
Population de 0 à 17 ans (1999) : 1 611 830 (22 %)

1. Excluant les régions 17 et 18.

Au Québec, entre octobre 1997 et juillet 1999, la population des jeunes de 0 à 17 ans a diminué de 4 %, soit de 66 907 jeunes. La projection en l'an 2017 laisse prévoir une baisse de 20 %, ce qui constitue une diminution importante de cette population (voir le tableau 2).

Tableau 2

Population des jeunes de 0 à 17 ans au Québec Tableau comparatif 1997-1999-2017

	Nombre	%
Population 0-17 ans (octobre 1997)	1 678 737	
Population 0-17 ans (juillet 1999)	1 611 830	
Diminution	(66 907)	(4 %)
Population 0-17 ans (Projection pour 2017)	1 289 464	
Diminution : 1999-2017	(322 366)	(20 %)

Le phénomène de la diminution du nombre de jeunes se retrouve dans 14 régions sur 16 tandis que 2 régions seulement ont vu leur population de jeunes augmenter. La région de l'Outaouais a connu une augmentation de 2,7 % et celle des Laurentides, une hausse de 0,6 %. Le tableau 3 indique pour chacune des régions l'écart entre les populations de jeunes pour les années 1997 et 1999. Cet écart varie de 2,7 % à - 14 % selon les régions.

Tableau 3

Évolution de la population des jeunes au Québec				
RÉGIONS	Pop 0-17 ans 1997	Pop 0-17 ans 1999	Écart	%
Nord-du-Québec (10)	5 135	4 391	744	- 14 %
Saguenay-Lac St-Jean(02)	75 325	66 356	8 969	- 11,9 %
Bas-Saint-Laurent (01)	48 876	43 553	5 323	-10,9 %
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11)	24 572	22 053	2 519	- 10 %
Mauricie et le Centre-du-Québec (04)	113 243	102 842	10 401	- 9,2 %
Côte-Nord (09)	27 073	25 034	2 039	- 8 %
Québec (03)	135 752	125 574	10 178	- 7,5 %
Chaudière-Appalaches(12)	96 783	89 597	7 186	- 7,4 %
Abitibi-Témiscamingue(08)	41 494	39 474	2 020	- 4,9 %
Montréal (16)	322 911	307 979	14 932	- 4,6 %
Estrie (05)	67 293	64 854	2 439	- 3,6 %
Laval (13)	79 634	77 264	2 370	- 3 %
Montréal-Centre (06)	357 488	353 733	3 755	- 1,1 %
Lanaudière (14)	101 505	99 624	1 881	- 1 %
Laurentides (15)	111 866	112 543	677	+ 0,6 %
Outaouais (7)	74 922	76 959	2 037	+ 2,7 %

Les données du tableau 3 nous permettent de répartir les régions en trois groupes : dans huit régions, la baisse de la population des jeunes de 0 à 17 ans se situe entre 7 % et 14 % ; dans six régions, la diminution varie de 1 à 5 % et, finalement, il y a une légère hausse dans deux régions.

Parmi les huit régions qui affichent une baisse importante de la population de jeunes, mentionnons les régions Nord-du-Québec³ (-14 %), Saguenay-Lac-St-Jean (-11,9 %), Bas-Saint-Laurent (- 10,9 %) et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (-10 %).

Soulignons que, pour les régions voisines de Montréal, on observe une légère hausse de la population des jeunes uniquement dans la région des Laurentides (0,6 %) et une diminution de moins de 5 % dans les autres.

³ Il faut tenir compte aussi d'une entente de services entre les régions Abitibi-Témiscamingue et Nord-du-Québec qui accroît la population des jeunes de 0 à 17 ans de l'Abitibi-Témiscamingue de 315 jeunes. À la suite de cette entente, la région Nord-du-Québec présente une diminution de sa population de jeunes de 14 %, n'eût été de cette entente, la baisse de la population serait de 8 %. Ces enfants habitent toujours la région Nord-du-Québec, mais ils reçoivent les services d'un CLSC de la région Abitibi-Témiscamingue.

1.2 INFORMATIONS PARTICULIÈRES

La population de jeunes de 0 à 17 ans se répartit à peu près également entre les groupes d'âge, soit 31 % pour les enfants de 0 à 5 ans, 35 % pour ceux de 6 à 11 ans et 34 % pour les adolescents de 12 à 17 ans (voir le tableau 4). Les groupes d'âge ont été formés en tenant compte des programmes particuliers pour chacun. À titre d'exemple, certains programmes de la Direction de la santé publique, comme Naître égaux - Grandir en santé, visent une partie des 149 354 enfants âgés de 0 à 2 ans, c'est pourquoi le premier groupe d'âge a été divisé en deux catégories dans les tableaux 4 et 5.

Tableau 4

**Répartition de la population des jeunes de 0 à 17 ans
en 1999, selon les groupes d'âge, Québec**

GROUPE D'ÂGES	NOMBRE	%
0-2 ans ⁴	149 354	9 %
2-5 ans	351 025	22 %
0-5 ANS	500 379	31 %
6-11 ans	565 404	35 %
12-17 ans	546 047	34 %
Population de jeunes ⁵	1 611 830	22 %
Population totale	7 329 360	100 %

L'écart de 4 % entre les groupes d'âge de 0 à 5 ans et de 6 à 11 ans illustre bien le phénomène de décroissance démographique au Québec.

Le tableau 5 détaille pour chaque région le nombre et le pourcentage de jeunes par groupe d'âge en fonction des populations totales de ces groupes d'âge.

⁴ Deux ans moins un jour.

⁵ Excluant les régions 17 et 18.

Tableau 5

**Répartition de la population des jeunes de 0 à 17 ans en 1999,
selon les régions sociosanitaires, Québec**

Régions Sociosanitaires		0-2 ANS ¹		2-5 ANS		0-5 ANS		6-11 ANS		12-17 ANS		0-17 ANS		POPULATION TOTALE	
		Nombre	% *	Nombre	% ²	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
01	Bas-Saint-Laurent	3 465	2 %	8 308	2 %	11 773	2 %	15 029	3 %	16 751	3 %	43 553	3 %	207 148	3 %
02	Saguenay-Lac-Saint-Jean	5 392	4 %	12 591	4 %	17 983	4 %	22 459	4 %	25 914	5 %	66 356	4 %	288 790	4 %
03	Québec	11 547	8 %	26 708	8 %	38 255	8 %	43 658	8 %	43 661	8 %	125 574	8 %	646 186	9 %
04	Mauricie et le Centre-du-Québec	8 507	6 %	21 174	6 %	29 681	6 %	35 794	6 %	37 367	7 %	102 842	6 %	486 581	7 %
05	Estrie	5 831	4 %	13 600	4 %	19 431	4 %	22 462	4 %	22 961	4 %	64 854	4 %	290 014	4 %
06	Montréal-Centre	40 073	27 %	86 012	25 %	126 085	25 %	118 841	21 %	108 807	20 %	353 733	22 %	1 802 109	25 %
07	Outaouais	6 722	5 %	16 649	5 %	23 371	5 %	28 171	5 %	25 417	5 %	76 959	5 %	319 134	4 %
08	Abitibi-Témiscamingue ³	3 496	2 %	8 145	2 %	11 641	2 %	13 611	2 %	14 222	3 %	39 474	2 %	156 417	2 %
09	Côte-Nord	2 222	1 %	5 336	2 %	7 558	2 %	8 643	2 %	8 833	2 %	25 034	2 %	104 480	1 %
10	Nord-du-Québec ³	438	0,3 %	1 025	0,3 %	1 463	0,3 %	1 475	0,3 %	1 453	0,3 %	4 391	0,3 %	17 585	0,2 %
11	Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	1 843	1 %	4 405	1 %	6 248	1 %	7 540	1 %	8 265	2 %	22 053	1 %	104 556	1 %
12	Chaudière-Appalaches	7 539	5 %	18 033	5 %	25 572	5 %	30 912	5 %	33 113	6 %	89 597	6 %	390 607	5 %
13	Laval	7 147	5 %	17 271	5 %	24 418	5 %	27 609	5 %	25 237	5 %	77 264	5 %	345 522	5 %
14	Lanaudière	8 448	6 %	21 257	6 %	29 705	6 %	37 046	7 %	32 873	6 %	99 624	6 %	397 001	5 %
15	Laurentides	9 974	7 %	24 826	7 %	34 800	7 %	41 305	7 %	36 438	7 %	112 543	7 %	463 230	6 %
16	Montréal	26 710	18 %	65 685	19 %	92 395	18 %	110 849	20 %	104 735	19 %	307 979	19 %	1 310 000	18 %
TOTAL		149 354	100 %	351 025	100 %	500 379	100 %	565 404	100 %	546 047	100 %	1 611 830	100 %	7 329 360	100 %

1. Enfants de 0 à 2 ans moins 1 jour.

2. Les pourcentages représentent la proportion de jeunes pour chaque groupe d'âge pour chacune des régions par rapport au total de jeunes pour les groupes d'âge respectifs.

3. La population tient compte de l'entente entre les régions Abitibi-Témiscamingue et Nord-du-Québec.

Les jeunes de 0 à 17 ans représentent 22 % de la population totale du Québec. Pour les seize régions à l'étude, la proportion de ce groupe d'âge est plus basse dans les milieux urbanisés, comme Québec (19 %) et Montréal (20 %). Nous trouvons une proportion plus élevée des jeunes de 0 à 17 ans dans les régions dites éloignées, comme l'Abitibi-Témiscamingue (25 %), la Côte-Nord (24 %) et le Nord-du-Québec (25 %), ainsi que dans les régions de l'Outaouais (24 %), de la Montérégie (26 %), des Laurentides (24 %) et de Lanaudière (25 %) (voir tableaux 1.01.3 et suivants⁶).

Le pourcentage de jeunes de 0 à 17 ans par territoire de CLSC varie : il est de 11 % pour le CLSC Métro à Montréal et de 41 % pour le CLSC du Richelieu en Montérégie (voir tableaux 1.06.1 et 1.16.1⁶).

De façon plus précise, 27 % des enfants du groupe d'âge de 0 à 2 ans vivent dans la région de Montréal et 18 %, en Montérégie, ce qui signifie que 45 % des enfants âgés entre 0 et 2 ans habitent dans ces deux régions du Québec.

Nous constatons également que le groupe d'âge de 0 à 5 ans de la région de Montréal représente 36 % de la population des jeunes de Montréal, alors que la moyenne québécoise se situe à 31 %. Peut-on attribuer cette réalité à l'immigration ou à la concentration des communautés culturelles à Montréal, alors que la population globale de 0 à 17 ans de cette région connaît depuis 1997 une légère diminution de 1,1 %?

1.3 SYNTHÈSE

De façon générale, on remarque **une baisse de 4 % de la population de jeunes** entre octobre 1997 et juillet 1999 ; la projection de la population de jeunes de 0 à 17 ans en 2017 laisse prévoir une baisse de 20 % (voir les tableaux 2 et 3).

Quatorze régions sur seize connaissent une diminution de la population de jeunes, seules les régions de l'Outaouais et des Laurentides affichent une hausse de leur population de jeunes (voir le tableau 3).

La proportion de la population de jeunes de la région de **Québec (19 %) est la plus basse** par rapport à la population totale de cette région, alors que celles de l'Abitibi-Témiscamingue (25 %), du Nord-du-Québec (25 %) et de Lanaudière (25 %) sont les plus **élevées**. **Au Québec**, la proportion des jeunes de 0 à 17 ans correspond à **22 %** de la population totale du Québec (voir tableaux 1.01.3.1, 1.01.3, 1.01.8, 1.01.10, 1.01.14⁵).

Pour le groupe d'âge de 0 à 5 ans, la région de **Montréal (36 %)** a le **plus fort pourcentage** au Québec. Les régions du **Bas-Saint-Laurent** et du **Saguenay-Lac-Saint-Jean** ont tous deux le **taux le plus bas**, soit 27 %. **La moyenne provinciale** est de 31 %.

Pour le groupe d'âge de 6 à 11 ans, les régions de l'Outaouais, de **Lanaudière** et des **Laurentides** présentent un **taux identique** de 37 %, soit le **taux le plus élevé** pour cette strate d'âge au Québec. Les régions du **Saguenay-Lac-Saint-Jean**, de l'Abitibi-Témiscamingue et du **Nord-du-Québec** ont le **pourcentage le plus bas**, soit 34 %. **La moyenne provinciale** se situe à 35 %.

Pour le groupe d'âge de 12 à 17 ans, la région du **Saguenay-Lac-Saint-Jean** présente le **taux le plus élevé** (39 %) ; elle est suivie de près par la région du **Bas-Saint-Laurent** (38 %), alors que la région de **Montréal-Centre** (31 %) a le **taux le plus bas** pour cette strate d'âge. **La moyenne québécoise** est de 34 %.

⁶ Données relatives aux services offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille dans les CLSC, Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse. Ce document est disponible dans les directions des CLSC et des régies régionales.

CHAPITRE 2 : ASPECTS FINANCIERS

Dans le présent chapitre, nous considérons les dépenses totales des huit programmes-clientèles et, de façon plus particulière, les dépenses liées au volet jeunesse des programmes-clientèles Enfance-jeunesse-famille et Santé publique. La richesse relative des CLSC est aussi illustrée selon le type de missions de ces établissements et les caractéristiques du milieu.

2.1 DÉPENSES TOTALES DES CLSC

Au Québec, les dépenses totales pour les huit programmes-clientèles des CLSC totalisaient un peu moins de 1,5 milliard de dollars⁷ en 1998-1999 (voir le tableau 6). Les dépenses des programmes-clientèles Personnes âgées en perte d'autonomie et Santé physique représentent 64 % des dépenses totales. Les dépenses pour le programme-clientèle Santé publique représentent 11 % des dépenses totales et, de ces 11 %, 2 % concernent les personnes de 18 ans et plus. Les dépenses pour des services offerts aux jeunes dans le cadre des deux programmes-clientèles Enfance-jeunesse-famille et Santé publique représentent 15 % du total des dépenses des CLSC, soit respectivement 6 % et 9 %.

Tableau 6

Dépenses totales des CLSC par programme-clientèle en 1998-1999

Programmes-clientèles	Personnes âgées en perte d'autonomie	Santé physique	Santé publique	Santé mentale	Déficience physique	Enfance-Jeunesse-Famille	Déficience intellectuelle	Alcoolisme et toxicomanie	Total
Dépenses pour chaque programme-clientèle	561 050 479 \$	381 392 183 \$	168 859 443 \$	122 920 409 \$	122 743 391 \$	87 855 850 \$ ¹	25 711 438 \$	1 623 052 \$	1 472 156 245 \$
Pourcentage des dépenses pour chaque programme par rapport aux dépenses totales pour les 8 programmes-clientèles	38 %	26 %	11 %	8 %	8 %	6 %	2 %	0,1 %	100 %

1. Le montant de 87 855 850 \$ inclut des dépenses de 1,6 million pour des activités qui ne font pas partie de l'étude du comité Lebon (exemple : les dépenses pour Info-santé).

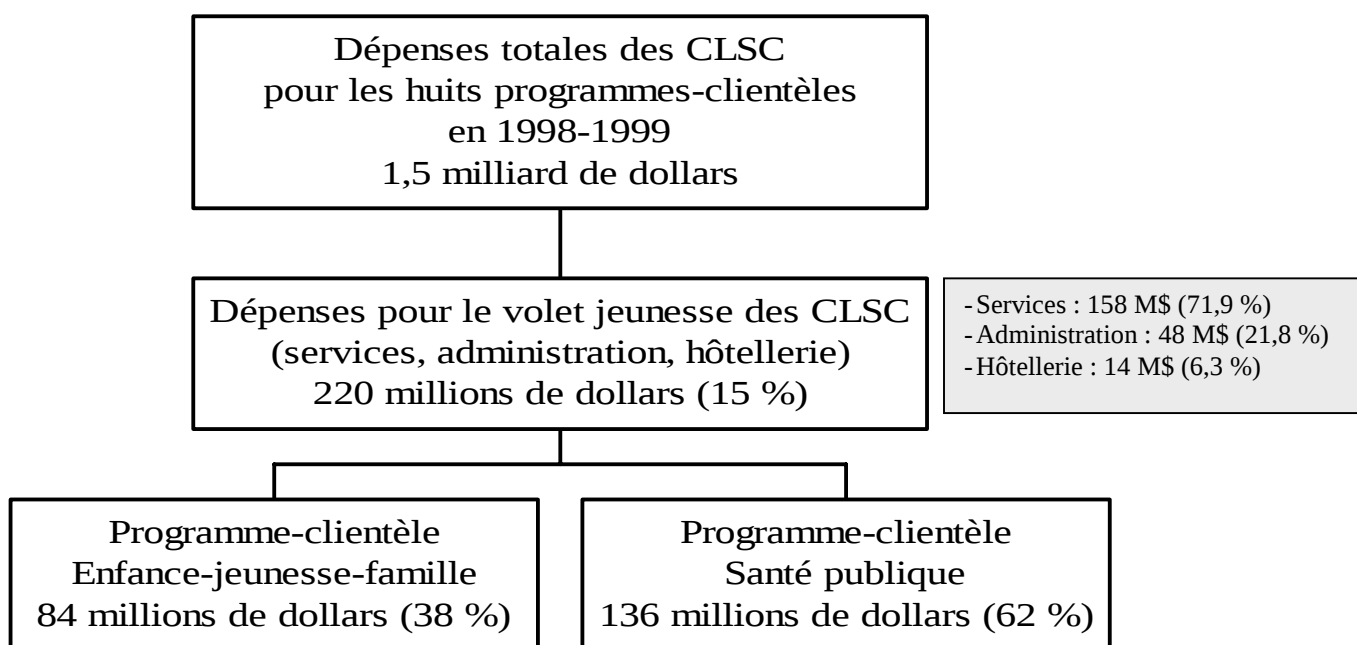
⁷ Les chiffres proviennent de la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation du MSSS.

2.2 DÉPENSES RELATIVES AU VOLET JEUNESSE DES PROGRAMMES-CLIENTÈLES ENFANCE-JEUNESSE-FAMILLE ET SANTÉ PUBLIQUE

Les dépenses relatives au volet jeunesse des deux programmes-clientèles, incluant les coûts de services, d'administration et d'hôtellerie, s'élèvent à 220 millions de dollars. De ce montant, 38 % sont consacrés au programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille, soit 84 millions de dollars, tandis que 62 %, soit 136 millions de dollars, vont au programme-clientèle Santé publique (voir la figure 1).

Figure 1

Dépenses totales des CLSC⁸

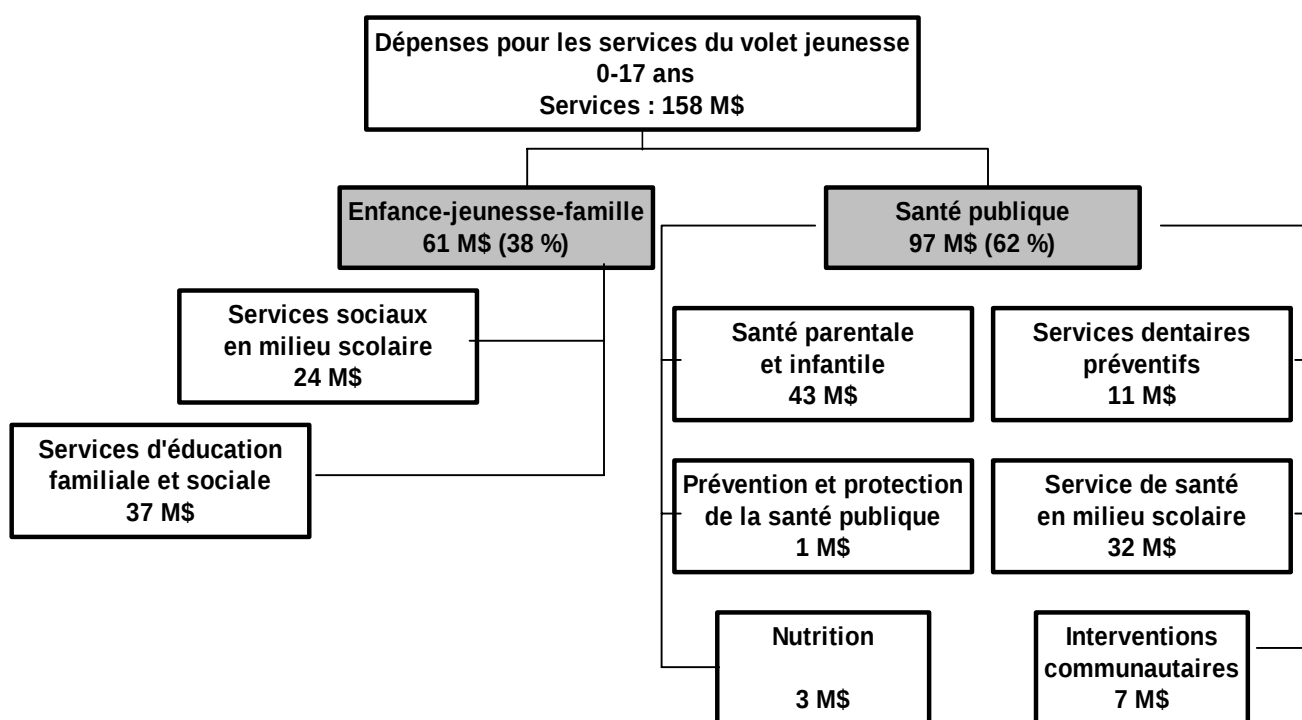


La figure 1 indique que les dépenses des services représentent 71,9 % (158 millions de dollars) des dépenses pour le volet jeunesse des programmes-clientèles (220 millions de dollars) alors que 28,1 % des dépenses sont consacrés à l'administration et à l'hôtellerie. Notre analyse porte plus précisément sur les dépenses liées aux services directs offerts aux jeunes par les CLSC. Les dépenses pour les services du programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille représentent, quant à elles, 38 % (61 millions de dollars) alors que ces dépenses pour le programme-clientèle Santé publique correspondent à 62 % (97 millions de dollars).

La figure 2 montre bien la répartition des dépenses pour des services se rapportant aux deux centres d'activités du programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille et aux six centres d'activités du programme-clientèle Santé publique.

⁸ Les chiffres proviennent de la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation du MSSS.

Figure 2

Dépenses pour les services offerts aux jeunes par les CLSC**2.3 COÛT MOYEN PAR JEUNE**

Nous présentons ici une analyse basée sur un coût moyen par jeune non pondéré et établi en fonction de la population de jeunes et des dépenses pour des services au volet jeunesse des programmes-clientèles existant dans les CLSC. Les régions n'utilisent pas toujours les mêmes variables pour allouer les ressources financières. Nous sommes d'avis qu'il serait pertinent d'avoir les mêmes paramètres (indices de défavorisation), ce qui permettrait d'allouer les ressources d'une façon plus équitable d'une région à l'autre et d'un CLSC à l'autre.

Des travaux sont en cours à ce sujet et les résultats seront bientôt connus. Nous pourrions alors pondérer le coût moyen par jeune avec des indices de défavorisation déterminés par l'ensemble des acteurs.

Il est important de préciser de nouveau que le comité Lebon ne considère pas le coût moyen par jeune comme un objectif à atteindre ou comme une norme nationale. Les indices de défavorisation permettront d'ajouter, le cas échéant, les ressources nécessaires dans certains territoires en fonction des caractéristiques particulières de la population à servir.

Certains écarts entre les coûts moyens par jeune peuvent s'expliquer par différents facteurs. À titre indicatif, le coût moyen par jeune peut être plus élevé dans une région compte tenu notamment des frais de déplacement qui peuvent varier d'une région à l'autre. D'autres aspects influencent les dépenses pour le volet jeunesse des programmes offerts par les CLSC, comme la disponibilité

d'autres types de ressources pouvant offrir le même service qu'un CLSC (ex: vaccination effectuée par des médecins plutôt que par des infirmières).

Au moment de l'attribution des budgets à certains établissements, il faut considérer l'existence de disparités régionales⁹. Pour compenser les préjudices dus à ces disparités, des primes sont allouées selon trois motifs : la capacité de retenir le personnel, l'éloignement et l'isolement.

Quatre régions bénéficient de primes de disparités régionales, ce sont l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Nord-du-Québec. Huit CLSC reçoivent de telles primes. Pour ces régions, nous avons donc considéré l'écart entre les dépenses totales et les dépenses excluant les primes. Nous constatons que la prise en compte ou l'exclusion des ces primes ne modifie pas le rang des régions, mais influence légèrement le coût moyen par jeune.

Tel qu'il a été indiqué précédemment, le coût moyen par jeune est établi en mettant en relation les dépenses totales relatives aux services et la population de 0 à 17 ans. Le tableau 7 indique que le coût moyen par jeune pour les services liés au volet jeunesse des 143 CLSC au Québec s'élève à 98,06 \$. Le coût moyen régional le plus élevé par jeune est 204,32 \$ (Nord-du-Québec), alors que le coût moyen régional le moins élevé par jeune est de 66,56 \$ (Laurentides).

Tableau 7

**Population des jeunes de 0 à 17 ans au Québec
et aspects financiers 1998-1999**

Programmes-clientèles Enfance-jeunesse-famille et Santé publique	
Population de 0 à 17 ans : 1 611 830	
DÉPENSES¹	158 059 968 \$
Coût moyen par jeune	98,06 \$
Coût moyen régional le plus élevé par jeune	204,32 \$ (Nord-du-Québec)
Coût moyen régional le moins élevé par jeune	66,56 \$ (Laurentides)

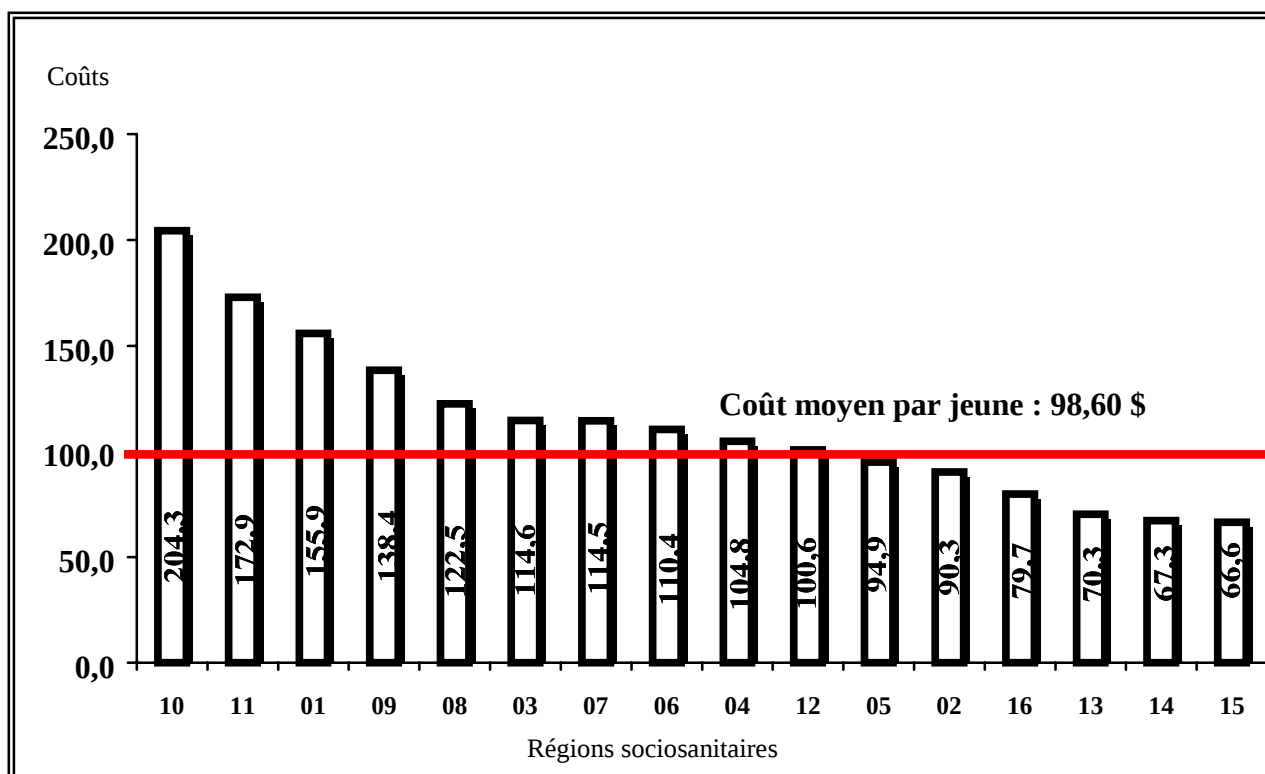
1. Excluant l'administration et l'hôtellerie

Dans la figure 3 qui permet de comparer les régions entre elles, nous remarquons que les régions dites éloignées ont un coût moyen par jeune plus élevé. Il s'agit du Nord-du-Québec (204 \$), de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (172 \$), de la Côte-Nord (155 \$) et de l'Abitibi-Témiscamingue (138 \$). D'autre part, les quatre régions ayant un coût moyen par jeune plus faible sont situées autour de la région de Montréal, soit les Laurentides (66 \$), Lanaudière (67 \$), Laval (70 \$) et la Montérégie (79 \$). Dans les rapports précédents du comité Lebon sur l'accessibilité aux services dans les centres jeunesse, au chapitre de la « richesse relative » se retrouvent trois de ces mêmes régions ayant les plus faibles coûts moyens par jeune, soit les Laurentides, Lanaudière et la Montérégie. Nous pouvons donc affirmer que ces trois régions ont les coûts moyens par jeune les plus bas pour les services offerts aux jeunes dans les centres jeunesse et les CLSC.

⁹ AS 471 : rapport financier des établissements publics.

Figure 3

**Coût moyen par jeune
selon les régions sociosanitaires**



Dans les sections qui suivent, nous précisons les coûts moyens par jeune selon les missions, les types de milieu et les programmes-clientèles.

2.4 COÛT MOYEN PAR JEUNE SELON LES MISSIONS

Au Québec, 69 CLSC ont comme mission d'être uniquement un centre local de services communautaires et le coût moyen par jeune de ces CLSC est de 96,50 \$. Par ailleurs, 46 CLSC sont à la fois un centre local de services communautaires et un centre d'hébergement de soins de longue durée. Dans ces établissements, le coût moyen par jeune s'élève à 94,74 \$. Enfin, 26 CLSC ont trois missions : aux deux missions déjà mentionnées s'ajoute la mission de centre hospitalier. Dans ces établissements, le coût moyen par jeune est de 119,23 \$. Précisons que deux CLSC au Québec ont de plus une mission de centre de réadaptation et leur coût moyen par jeune est de 145,71 \$.

Compte tenu des fusions réalisées au cours de la transformation du réseau et de certaines appréhensions concernant un désengagement dans le secteur des services offerts aux jeunes par les CLSC, nous ne pouvons affirmer, selon ces données, que les établissements ayant plus d'une mission dépensent moins pour le volet jeunesse que les CLSC ayant une mission unique (voir le tableau 8).

Tableau 8**Répartition des établissements selon la mission**

Mission des établissements	Nombre de CLSC	%	Coût moyen par jeune
CLSC	69	48,2 %	96,05 \$
CLSC/CHSLD	46	32,2 %	94,74 \$
CLSC/CHSLD/CH	26	18,2 %	119,23 \$
Autres	2	1,4 %	145,71 \$
Total	143/146	100 %	98,06 \$

2.5 COÛT MOYEN PAR JEUNE SELON LES TYPES DE MILIEU ¹⁰

Dans le cadre des travaux réalisés avec la collaboration de tous les CLSC du Québec, plusieurs personnes ont soulevé des interrogations sur le financement des CLSC situés en milieu urbain ou en milieu rural.

Notre analyse nous permet de présenter les coûts moyens par jeune des CLSC selon trois types de milieu. Premièrement, 86 CLSC sur 143 sont situés en milieu urbain ; ils offrent des services à 80 % de la population de jeunes du Québec et leur coût moyen par jeune est de 92,31 \$. Ces 86 CLSC ont des dépenses qui correspondent à 75 % des dépenses de l'ensemble des CLSC pour les services du volet jeunesse

Par ailleurs, 35 CLSC sont situés en milieu rural ; ils offrent des services à 12 % de toute la population de jeunes du Québec et ont un coût moyen par jeune de 116,92 \$. Ces CLSC dépensent 14 % du budget total des CLSC consacré aux services offerts à la jeunesse.

Enfin, les 22 CLSC situés en milieu urbain-rural ont un coût moyen par jeune de 126,80 \$; ils offrent des services à 8 % de la population de jeunes au Québec et dépensent 10 % du budget total des CLSC pour des services offerts à la jeunesse.

Les CLSC en milieu urbain, qui offrent des services à 80 % de la population de jeunes au Québec, ont en moyenne un coût moyen par jeune inférieur de 24,61 \$ à celui des CLSC situés en milieu rural, qui offrent des services à 12 % de la population de jeunes (voir le tableau 10).

¹⁰ Après consultation, le Groupe d'experts en organisation clinique a considéré qu'un milieu est « urbain » lorsque 60 % ou plus de la population totale vit en milieu urbain, qu'un milieu est « rural » lorsque 60 % ou plus de la population totale vit en milieu rural et qu'un milieu est « urbain-rural » lorsque moins de 60 % de la population totale vit soit en milieu rural ou en milieu urbain.

Tableau 9

**Tableau comparatif du coût moyen par jeune
selon les types de milieu**

Québec						
Milieu	CLSC		Coût moyen par jeune	Pourcentage		
	Nombre	%		Population	Dépenses	Écarts
Urbain	86	60 %	92,31 \$	80 %	75 %	- 5 %
Rural	35	24 %	116,92 \$	12 %	14 %	+ 2 %
Urbain-rural	22	15 %	126,80 \$	8 %	10 %	+ 2 %

Pour répondre à une autre préoccupation des CLSC concernant l'écart possible entre les coûts moyens par jeune selon l'année d'incorporation des CLSC, les 79 CLSC qui ont obtenu leur incorporation avant 1980 ont un coût moyen par jeune de 101,35 \$ et ceux (64) qui l'ont obtenue entre 1981 et 1999 ont un coût moyen par jeune de 94,30 \$. Les écarts sont plus importants entre les CLSC d'une même région qui ont eu leur incorporation avant 1980 et ceux qui l'ont obtenue entre 1981 et 1999. En effet, nous retrouvons des coûts moyens par jeune plus élevés dans plusieurs régions en faveur des CLSC incorporés avant 1980, cet écart est de 60 \$ pour la région de la Côte-Nord et d'environ 40 \$ pour les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec et Chaudière-Appalaches (voir tableau 2.2.1)¹¹

2.6 COÛT MOYEN PAR JEUNE DES PROGRAMMES-CLIENTÈLES ENFANCE-JEUNESSE-FAMILLE (EJF) ET SANTÉ PUBLIQUE (SP)

Nous avons déjà établi que les dépenses relatives aux services directs offerts aux jeunes par les CLSC s'élèvent à 158 059 968 \$ pour les deux programmes-clientèles qui font l'objet de la présente étude et que le coût moyen par jeune est de 98,06 \$. Les dépenses pour le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille (EJF) s'établissent à 38 % des dépenses totales pour de tels services, soit 60 741 891 \$, et le coût moyen par jeune de ce programme-clientèle est de 37,69 \$. Les dépenses pour le programme-clientèle Santé publique représentent 62 % des dépenses totales pour ces services, soit 97 318 077 \$, et le coût moyen par jeune de ce programme-clientèle est de 60,37 \$ (voir le tableau 10).

¹¹ Données relatives aux services offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille dans les CLSC, Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse. Ce document est disponible dans les directions des CLSC et de régies régionales.

Tableau 10

**Dépenses pour les programmes-clientèles
Enfance-jeunesse-famille et Santé publique**

	\$	%
Dépenses	158 059 968 \$	100 %
Coût moyen par jeune	98,06 \$	
Enfance-jeunesse-famille		
Dépenses	60 741 891 \$	38 %
Coût moyen par jeune	37,69 \$	
Santé publique		
Dépenses	97 318 077 \$	62 %
Coût moyen par jeune	60,37 \$	

Nous constatons que le pourcentage des dépenses pour les jeunes est plus élevé dans le programme-clientèle Santé publique (62 %) que dans le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille (38 %).

Le tableau 11 indique les dépenses par région pour ces deux programmes-clientèles, le coût moyen par jeune dans chaque région, le pourcentage de ces dépenses et le rang des régions pour chaque programme-clientèle. Nous pouvons observer un écart de 40 % entre ces deux programmes dans la région Chaudière-Appalaches tandis qu'il est de 4 % seulement en Outaouais.

Tableau 11

**Répartition des dépenses pour les deux programmes-clientèles
selon les régions sociosanitaires en 1998-1999**

Régions sociosanitaires	Dépenses totales EJF + SP	Population 0-17 ans	Coût moyen par jeune	EJF	SP	Rang
				%	%	
Nord-du-Québec	897 154	4 391	204,32	38 %	62 %	1
Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	3 812 861	22 053	172,90	35 %	65 %	2
Bas-Saint-Laurent	6 790 564	43 553	155,91	42 %	58 %	3
Côte-Nord	3 464 211	25 034	138,38	37 %	63 %	4
Abitibi-Témiscamingue	4 833 822	39 474	122,46	34 %	66 %	5
Québec	14 323 354	125 574	114,06	36 %	64 %	7
Outaouais	8 810 117	76 959	114,48	48 %	52 %	6
Montréal-Centre	39 042 489	353 733	110,37	43 %	57 %	8
Mauricie et le Centre-du-Québec	10 775 634	102 842	104,78	42 %	58 %	9
Chaudière-Appalaches	9 008 573	89 597	100,55	30 %	70 %	10
Estrie	6 151 300	64 854	94,85	33 %	67 %	11
Saguenay-Lac-Saint-Jean	5 988 954	66 356	90,25	32 %	68 %	12
Montérégie	24 536 273	307 979	79,67	38 %	62 %	13
Laval	5 434 056	77 264	70,33	42 %	58 %	14
Lanaudière	6 699 949	99 624	67,25	32 %	68 %	15
Laurentides	7 490 657	112 543	66,56	32 %	68 %	16
TOTAL	158 059 968	1 611 830				
MOYENNE			98,06	38 %	62 %	

2.7 PROGRAMME-CLIENTÈLE ENFANCE-JEUNESSE-FAMILLE

Le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille regroupe deux centres d'activités¹² : « Services sociaux en milieu scolaire » (6592) et « Services d'éducation familiale et sociale » (7170). Les dépenses pour le premier, soit 23 735 214 \$, représentent 39 % des dépenses totales pour ce programme, tandis que les dépenses pour le second, soit 37 006 677 \$, représentent 61 % (voir le tableau 12).

Tableau 12

Répartition des dépenses pour le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille selon les centres d'activités

Centres d'activités	\$	%
Services sociaux en milieu scolaire (6592)	23 735 214 \$	39 %
Services d'éducation familiale et sociale (7170)	37 006 677 \$	61 %
TOTAL	60 741 891 \$	100 %

Le tableau 13 présente les dépenses pour chaque centre d'activités ainsi que les dépenses totales du programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille dans chacune des régions du Québec. Le coût moyen par jeune du programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille est de 37,70 \$. Les coûts moyens par jeune varient de 21,40 \$ dans les Laurentides à 78,40 \$ dans le Nord-du-Québec. Le Bas-Saint-Laurent occupe le deuxième rang parmi les régions où le coût moyen par jeune est élevé, avec 65,90 \$. Outre les Laurentides (21,40 \$), d'autres régions ont aussi un faible coût moyen par jeune ; il s'agit de Lanaudière (21,70 \$), du Saguenay-Lac-Saint-Jean (29 \$) et de Laval (29,40 \$).

¹² Manuel de gestion financière, Normes et pratiques de gestion, *ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec (1998-1999, p.1)*

Tableau 13

**Répartition des dépenses pour le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille
selon les régions sociosanitaires en 1998-1999**

Régions sociosanitaires	Centres d'activités (\$)		Dépenses totales \$	Coût moyen par jeune	Rang
	Services sociaux en milieu scolaire (6592)	Services d'éducation familiale et sociale (7170)			
01 Bas-Saint-Laurent	717 370	2 151 579	2 868 949	65,9	2
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	640 921	1 283 006	1 923 927	29,0	14
03 Québec	1 405 058	3 760 342	5 165 400	41,1	9
04 Mauricie et le Centre-du-Québec	2 332 691	2 164 642	4 497 333	43,7	7
05 Estrie	488 216	1 559 743	2 047 959	31,6	10
06 Montréal-Centre	5 362 212	11 249 648	16 611 860	47,0	6
07 Outaouais	1 434 102	2 792 601	4 226 703	54,9	4
08 Abitibi-Témiscamingue	490 706	1 136 058	1 626 764	41,2	8
09 Côte-Nord	475 556	801 632	1 277 188	51,0	5
10 Nord-du-Québec	172 083	172 140	344 223	78,4	1
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	713 533	605 374	1 318 907	59,8	3
12 Chaudière-Appalaches	1 550 042	1 161 977	2 712 019	30,3	11
13 Laval	773 973	1 499 823	2 273 796	29,4	13
14 Lanaudière	865 233	1 295 832	2 161 065	21,7	15
15 Laurentides	1 421 015	982 436	2 403 451	21,4	16
16 Montérégie	4 892 503	4 389 844	9 282 347	30,1	12
TOTAL	23 735 214	37 006 677	60 741 891		
MOYENNE				37,7	

2.8 PROGRAMME-CLIENTÈLE SANTÉ PUBLIQUE

Le programme-clientèle Santé publique regroupe six centres d'activités¹³. Parmi eux, les centres d'activités « Santé parentale et infantile » (6510), « Services de santé en milieu scolaire » (6591) et « Services dentaires préventifs » (6540) s'adressent exclusivement aux jeunes. Les trois autres centres d'activités concernent tous les groupes d'âge de la population mais les dépenses que nous présentons au tableau 14 correspondent à des activités destinées uniquement aux jeunes et aux familles. Nous soulignons le fait que, pour deux des six centres d'activités, les dépenses s'élèvent à 97 318 077 \$, soit 77 % des dépenses totales effectuées pour ce programme-clientèle ; il s'agit du centre d'activités « Santé parentale et infantile », qui compte pour 44 % des ces dépenses, et du centre d'activités « Services de santé en milieu scolaire », qui en représente 33 % (voir tableau 14).

¹³ Manuel de gestion financière, Normes et Pratiques de gestion, MSSS, centres d'activités 6510, 6540, 6580, 6591, 7110, 7122.

Tableau 14

**Répartition des dépenses pour le programme-clientèle Santé publique
selon les centres d'activités**

Centres d'activités	\$	%
Santé parentale et infantile (6510)	42 887 576	44 %
Services dentaires et préventifs (6540)	10 771 927	11 %
Prévention et protection de la santé publique (6580)	1 561 172	2 %
Santé en milieu scolaire (6591)	31 909 722	33 %¹
Nutrition (7110)	3 471 319	3 %
Interventions communautaires – autres (7122)	6 716 361	7 %
Total	97 318 077	100 %

1. Deux centres d'activités totalisent à eux seuls 77 % des dépenses effectuées pour le programme-clientèle.

Le tableau 15 indique les dépenses totales par centre d'activités du programme-clientèle Santé publique et le coût moyen par jeune pour chacune des régions. La région de Laval a le coût moyen par jeune le plus bas (40,80 \$), suivie par les régions des Laurentides (45,20 \$) et de la Montérégie (49,50 \$). Rappelons que nous retrouvons aussi un coût moyen par jeune peu élevé pour le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille dans les régions des Laurentides, de Lanaudière et de Laval. En conséquence, le coût moyen par jeune conjugué de ces deux programmes-clientèles y est bien inférieur à la moyenne provinciale.

Tableau 15
**Répartition des dépenses pour le programme-clientèle Santé publique
selon les régions sociosanitaires en 1998-1999**

Régions sociosanitaires		Centres d'activités (\$)						Dépenses totales \$	Coût moyen par jeune \$	Rang
		6510	6540	6580	6591	7110	7122			
01	Bas-Saint-Laurent	2 283 543	418 002	101 218	782 392	45 447	291 013	3 921 615	90,0	3
02	Saguenay-Lac-Saint-Jean	1 597 324	481 441	115 156	1 435 838	158 493	276 775	4 065 027	61,3	10
03	Québec	3 816 018	744 875	94 550	3 194 767	704 015	603 729	9 157 954	72,9	6
04	Mauricie et le Centre-du-Québec	2 900 881	888 842	75 077	1 796 469	341 652	275 380	6 278 301	61,0	11
05	Estrie	1 738 238	507 281	352 382	1 078 144	2 583	424 713	4 103 341	63,3	9
06	Montréal-Centre	9 982 806	2 267 798	219 191	7 422 124	687 208	1 851 502	22 430 629	63,4	8
07	Outaouais	1 776 566	573 146	97 469	1 558 612	294 842	282 779	4 583 414	59,6	12
08	Abitibi-Témiscamingue	1 406 430	281 704	71 816	1 185 736	97 462	163 910	3 207 058	81,2	5
09	Côte-Nord	913 361	224 853	19 454	728 668	13 687	287 000	2 187 023	87,4	4
10	Nord-du-Québec	246 586	113 700		192 645			552 931	125,9	1
11	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1 185 182	280 261	29 051	750 863	45 321	203 276	2 493 954	113,1	2
12	Chaudière-Appalaches	2 576 280	797 818	78 122	2 355 420	189 503	299 411	6 296 554	70,3	7
13	Laval	1 155 427	182 754	0	1 569 170	31 049	221 860	3 160 260	40,9	16
14	Lanaudière	2 215 669	520 609	25 365	1 379 545	99 003	298 693	4 538 884	45,6	14
15	Laurentides	2 237 171	634 680	12 518	1 856 086	47 649	299 102	5 087 206	45,2	15
16	Montréal	6 856 094	1 854 163	269 803	4 623 243	713 405	937 218	15 253 926	49,5	13
TOTAL		42 887 576	10 771 927	1 561 172	31 909 722	3 471 319	6 716 361	97 318 077		
MOYENNE									60,4	

La vaccination des enfants a des répercussions sur le coût moyen par jeune et le nombre de postes dans le centre d'activités « Santé parentale et infantile ». Dans certaines régions, tous les vaccins sont administrés par les infirmières de CLSC tandis que dans d'autres régions, ils sont administrés soit par les infirmières des CLSC, soit par des médecins en cabinet privé. Il faut donc tenir compte de ce phénomène quand on calcule le coût moyen par jeune des dépenses effectuées par les CLSC pour ce type d'activité. La Direction générale de la santé publique du MSSS possède des données sur l'administration des vaccins. Ces données nous permettent de constater un écart dans les taux de vaccination des enfants d'une région à l'autre.

De plus, nous prêtons une attention particulière à la portion des dépenses du centre d'activités « Nutrition » (7110) qui concerne les jeunes. Dans certaines régions, le nombre de nutritionnistes en poste dans les CLSC semble insuffisant pour répondre aux besoins de cette population. Nous connaissons pourtant l'importance d'une saine alimentation des mères durant la grossesse et du suivi nutritionnel prévu au programme Naître égaux - Grandir en santé. Nous ne sommes cependant pas en mesure de préciser si ce genre de service est offert dans un autre établissement ni, le cas échéant, si

les responsables d'un tel programme communiquent avec les services de périnatalité des CLSC. À titre d'exemple, le Saguenay-Lac-Saint-Jean a une population comparable à celle de l'Estrie et dépense 158 493 \$ pour ce centre d'activités dans les CLSC, alors que l'Estrie y consacre 2 583 \$. Ces dépenses excluent les sommes versées (2,2 millions de dollars) aux CLSC dans le cadre du Programme canadien de nutrition prénatale. Cette subvention fédérale additionnelle devrait combler des besoins pour des services de base en nutrition dans les CLSC.

2.9 SERVICES EN MILIEU SCOLAIRE

Dans les CLSC, il y a deux centres d'activités pour les services en milieu scolaire, soit un centre d'activités par programme-clientèle. Pour le programme-clientèle Santé publique, il s'agit du centre d'activités « Services de **santé** en milieu scolaire », alors que celui du programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille se nomme « Services **sociaux** en milieu scolaire ». Ces deux centres d'activités totalisent 55 644 936 \$, soit **35 %** des dépenses totales pour les services offerts aux jeunes par les CLSC. Les dépenses du centre d'activités « Services de santé en milieu scolaire » représentent 57 % (31 909 722 \$) des dépenses en milieu scolaire, alors que les dépenses du centre d'activités « Services sociaux en milieu scolaire » constituent 43 % (23 735 214 \$) de ces dépenses (voir le tableau 16).

Tableau 16

Dépenses en milieu scolaire en 1998-1999

Services en milieu scolaire			Coût moyen par jeune \$
Services de santé et services sociaux en milieu scolaire	55 644 936 \$	35 %	50,07
	158 059 968 \$		
Services de santé en milieu scolaire	31 909 722 \$	57 %	28,71
	55 644 936 \$		
Services sociaux en milieu scolaire	23 735 214 \$	43 %	21,36
	55 644 936 \$		

Alors que dans les régions on consacre en moyenne 43 % des dépenses à des services sociaux en milieu scolaire, nous observons que la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a le pourcentage le plus élevé, soit 56 % des dépenses en milieu scolaire, tandis que l'Abitibi-Témiscamingue a la proportion la plus basse, soit 29 % (voir le tableau 17).

Tableau 17

**Répartition des dépenses en milieu scolaire
selon les régions sociosanitaires**

Régions sociosanitaires	Dépenses totales en milieu scolaire \$	Services sociaux en milieu scolaire %	Services de santé en milieu scolaire %
01 Bas-Saint-Laurent	1 499 762	48 %	52 %
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	2 076 759	31 %	69 %
03 Québec	4 599 825	31 %	69 %
04 Mauricie et le Centre-du-Québec	4 129 160	56 %	44 %
05 Estrie	1 566 360	31 %	69 %
06 Montréal-Centre	12 784 336	42 %	58 %
07 Outaouais	2 992 714	48 %	52 %
08 Abitibi-Témiscamingue	1 676 442	29 %	71 %
09 Côte-Nord	1 204 224	39 %	61 %
10 Nord-du-Québec	364 728	47 %	53 %
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	1 464 396	49 %	51 %
12 Chaudière-Appalaches	3 905 462	40 %	60 %
13 Laval	2 343 143	33 %	67 %
14 Lanaudière	2 244 778	39 %	61 %
15 Laurentides	3 277 101	43 %	57 %
16 Montérégie	9 515 746	51 %	49 %
TOTAL	55 644 936		
MOYENNE		43%	57%

2.10 PROGRAMME D'ACTION COMMUNAUTAIRE POUR LES ENFANTS (PACE)

Conformément à une entente conclue entre le MSSS et le gouvernement fédéral, celui-ci alloue au Québec environ 10 millions de dollars dans le cadre du programme d'action communautaire pour les enfants qui s'adresse principalement aux enfants âgés de 0 à 11 ans, et plus particulièrement à ceux qui ont entre 0 et 5 ans.

Le coût moyen par jeune de ce programme au Québec est de 9,29 \$ (voir le tableau 18). Les coûts moyens par jeune les plus bas sont dans les régions de la Montérégie (5,30 \$), de Lanaudière (5,58 \$), des Laurentides (5,93 \$) et de Laval (6,52 \$). Ces quatre régions sont aussi celles qui ont les coûts moyens par jeune les moins élevés au regard des dépenses pour les deux programmes-clientèles présentées à la figure 3. Les quatre régions ayant des coûts moyens par jeune élevés dans le PACE, soit le Nord-du-Québec (43,93 \$), la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (29,85 \$), la Côte-Nord (22,50 \$) et le Bas-Saint-Laurent (13,84 \$) sont les mêmes qui ont des coûts moyens par jeune élevés pour les programmes-clientèles EJJFet SP. Encore une fois, nous croyons que les indicateurs de défavorisation qui seront bientôt utilisables permettront de pondérer ces coûts moyens par jeune et, par conséquent, de favoriser davantage une équité interrégionale. La majorité des services du PACE sont offerts par environ 185 organismes communautaires ; 29 CLSC se partagent 1,5 million de dollars, soit 16 % des sommes provenant de ce programme (voir le tableau 18).

Tableau 18

**Répartition des dépenses pour le programme d'action communautaire
pour les enfants selon les régions sociosanitaires¹**

Régions sociosanitaires		Population de jeunes 0-11 ans ² Nombre	Budget régional 1999-2000 \$	Coût moyen par jeune \$	Rang	Budget CLSC par région 1998-1999 \$
01	Bas-Saint-Laurent	26 802	370 850	13,84	4	94 380
02	Saguenay-Lac-Saint-Jean	40 442	357 484	8,84	9	31 000
03	Québec	81 913	708 493	8,65	11	273 530
04	Mauricie et le Centre-du-Québec	65 475	568 754	8,69	10	31 231
05	Estrie	41 893	435 549	10,40	7	144 148
06	Montréal-Centre	244 926	3 104 191	12,67	5	216 312
07	Outaouais	51 542	481 197	9,34	8	0
08	Abitibi-Témiscamingue	25 252	271 968	10,77	6	113 124
09	Côte-Nord	16 201	364 576	22,50	3	175 718
10	Nord-du-Québec	2 938	129 079	43,93	1	0
11	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	13 788	411 580	29,85	2	137 559
12	Chaudière-Appalaches	56 484	459 919	8,14	12	81 253
13	Laval	52 027	339 198	6,52	13	0
14	Lanaudière	66 751	372 738	5,58	15	0
15	Laurentides	76 105	451 109	5,93	14	0
16	Montréal	203 244	1 076 553	5,30	16	232 619
TOTAL		1 065 783	9 903 238³			1 536 874
MOYENNE				9,29		

1. Source : Programme d'action communautaire pour les enfants, engagement réel pour l'ensemble du Québec en date du 7 mars 2000
2. Source : Institut de la statistique du Québec. 1999 *Estimation de la population par territoire de CLSC au 1^{er} juillet 1999*,.
3. Le budget total exclut une somme de 1 086 869 \$, qui correspond au financement de sept organismes communautaires provinciaux.

2.11 SYNTHÈSE

Les dépenses totales des CLSC sont de **1,5 milliard de dollars**. Les dépenses pour les services offerts aux jeunes de 0 à 17 ans s'élèvent à **220 millions de dollars**. Les services directs aux usagers représentent 71,9 % de ce montant, soit **158 millions de dollars**.

En ce qui a trait aux ressources financières, **d'importantes disparités** existent **entre les régions et entre les CLSC**.

Les dépenses pour le programme-clientèle **Enfance-jeunesse-famille** constituent 38 % des dépenses totales, soit **61 millions de dollars**, celles pour le programme-clientèle **Santé publique** représentent 62 % des dépenses totales, soit **97 millions de dollars**.

Les CLSC en milieu urbain ont un coût moyen par jeune inférieur à ceux des CLSC en milieux rural et mixte.

Des 143 CLSC, 64 ont été créés après 1980 et ils ont un coût moyen par jeune légèrement inférieur à celui des CLSC incorporés avant 1980. Des écarts sont plus importants dans certaines régions.

Le **virage en amont** est bien amorcé avec le programme-clientèle **Santé publique** dans les CLSC.

PISTES DE SOLUTION

Allouer des **ressources financières spécialement pour les jeunes** (enveloppes fermées en fonction des programmes préventifs et curatifs) afin d'assurer que les sommes prévues pour les services offerts aux jeunes soient utilisées à cette fin.

Attribuer des ressources financières suffisantes afin que chaque CLSC puisse offrir les **mêmes services de base**.

Déterminer le **coût moyen par jeune** pour les services offerts aux jeunes par région et par territoire de CLSC en tenant compte des **dépenses totales effectuées** pour le volet jeunesse par tous les établissements et les organismes de la région et du territoire afin de **favoriser l'équité** entre les territoires et les régions (indices de « défavorisation »).

Prévoir des sommes additionnelles aux budgets afin de **consolider le virage en amont** amorcé dans le secteur santé et de l'accentuer dans le secteur social.

CHAPITRE 3 : RESSOURCES HUMAINES DES CLSC

3.1 POSTES RELEVANT DES PROGRAMMES-CLIENTÈLES EN ENFANCE-JEUNESSE-FAMILLE ET SANTÉ PUBLIQUE

Globalement, le nombre de postes équivalents à temps complet (ETC) correspond aux budgets consentis pour chacun des programmes de notre étude. Le tableau 19 illustre bien cette relation entre les postes et les budgets. En effet, nous retrouvons la même répartition de postes par programme-clientèle que celle que nous avons vue dans le chapitre consacré aux aspects financiers, soit 38 % pour le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille et 62 % pour le programme-clientèle Santé publique. Aux dépenses de 158 059 968 \$ pour les deux programmes à l'étude dans le présent rapport correspond un total de **2 906 postes** (ETC) reliés aux services offerts aux jeunes par les CLSC.

Tableau 19

Total des postes relevant des programmes-clientèles Enfance-jeunesse-famille et Santé publique

	Dépenses totales EJF et SP	%	Nombre de postes	%	Coût moyen par personne
	158 059 968 \$	100 %	2 906	100 %	98,06 \$
EJF	60 741 891 \$	38 %	1 093	38 %	37,69 \$
SP	97 318 077 \$	62 %	1 813	62 %	60,37 \$

L'analyse des données nous permet de déterminer le nombre de postes par groupe d'âge pour chacun des deux programmes-clientèles. Alors que le groupe d'âges d'enfants de 0 à 5 ans représente 31 % de la population totale de jeunes au Québec, nous remarquons que les postes reliés à ce groupe d'âge équivalent à 40 % (1161) du total des postes (2906). Le tableau 20 indique le nombre de postes par groupe d'âge pour chacun des deux programmes-clientèles Enfance-jeunesse-famille et Santé publique.

Tableau 20

Répartition des postes par groupes d'âge

GROUPES D'ÂGE	ENFANCE-JEUNESSE- FAMILLE NOMBRE DE POSTES	%	% DE LA POPULATION TOTALE DE JEUNES	SANTÉ PUBLIQUE NOMBRE DE POSTES	%
0-5 ANS	362	33	31	799	44
6-11 ANS	324	30	35	533	29
12-17 ANS	281	26	34	279	15
NON RÉPARTIS ¹	127	12		202	11
TOTAL	1093	38		1813	62

1. Ne se trouvent dans aucun des trois groupes d'âge mentionnés.

Dans les deux programmes-clientèles Enfance-jeunesse-famille et Santé publique, il y a un nombre supérieur de postes affectés au groupe d'enfants de 0 à 5 ans. Cette situation reflète le respect des orientations et des priorités ministérielles établies notamment à la suite de la publication du rapport intitulé *Un Québec fou de ses enfants* et de l'entrée en vigueur de la *Politique de la santé et du bien-être*, deux documents dans lesquels on recommandait de considérer en priorité ce groupe.

En ce qui concerne les postes non répartis du tableau 20, il faut comprendre que certains CLSC ont des effectifs qui s'occupent de plus d'un groupe d'âge. Il y a approximativement la même proportion de postes non répartis pour le programme-clientèle Santé publique (11 %) et le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille (12 %). Les deux figures suivantes indiquent le nombre de postes par région relevant des programmes Enfance-jeunesse-famille et Santé publique.

Figure 4
Répartition des postes pour le programme-clientèle
Enfance-jeunesse-famille selon les régions sociosanitaires

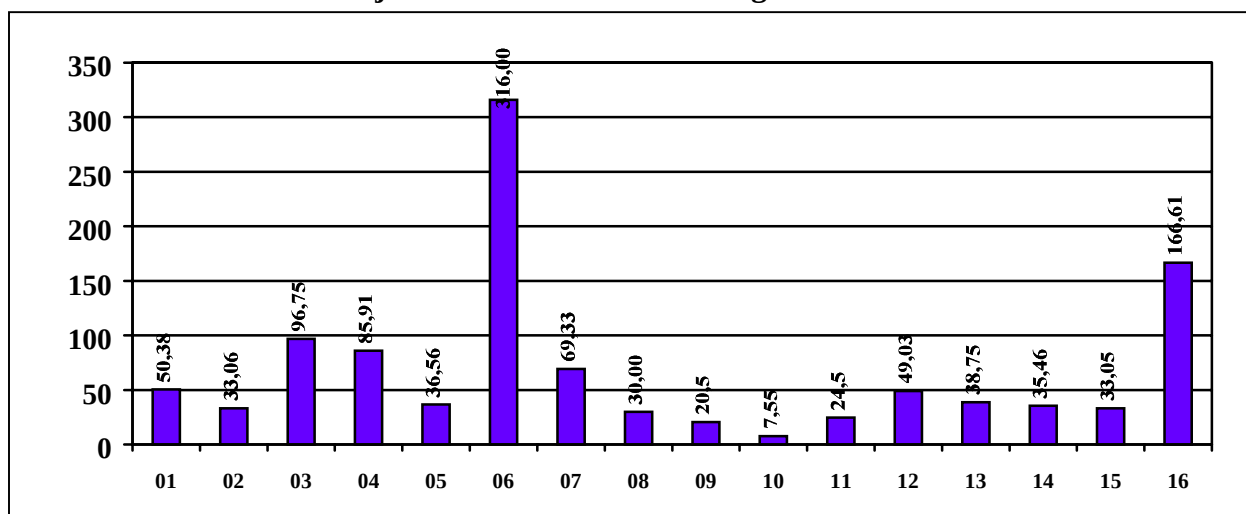
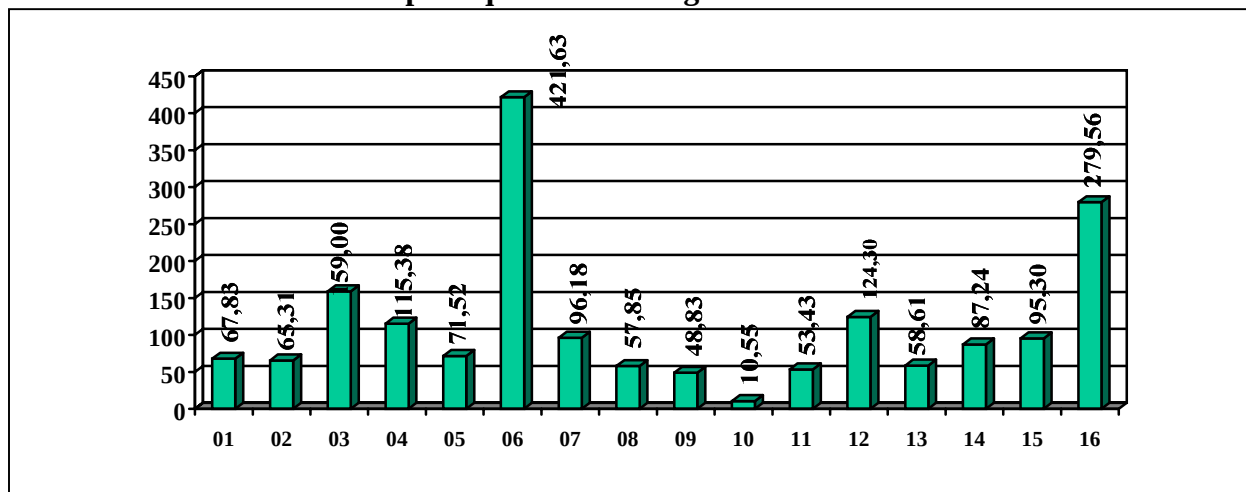


Figure 5
Répartition des postes pour le programme-clientèle
Santé publique selon les régions sociosanitaires



La recherche intitulée *Services de prévention et de promotion de la santé dans le domaine de la périnatalité enfance-jeunesse dans les CLSC : profil et étude des déterminants*, dirigée par mesdames Lucie Richard et Danielle D'Amour, de l'Université de Montréal, a permis d'établir un lien entre le nombre de postes et la diversité de programmes préventifs dans un CLSC. Cette étude démontre que plus le nombre de postes est élevé, plus le nombre de programmes préventifs est élevé. Cependant, cette étude indique aussi qu'il n'y a pas de relation entre le coût moyen par jeune pour les services offerts aux jeunes par les CLSC et le nombre de programmes préventifs, puisque le coût moyen par jeune est établi à partir du rapport entre les dépenses et la population. À titre d'exemple, dans deux territoires de CLSC où l'on retrouve les mêmes dépenses, le même nombre de postes et le même nombre d'activités, on n'obtiendra pas nécessairement le même coût moyen par jeune. Voici un extrait de la recherche mentionné ci-dessus :

La proportion des thématiques couvertes par les CLSC varie considérablement (...) elle ressort comme plus importante dans les établissements où le nombre de postes et les dépenses en EJF et SP sont plus élevés (...). De tels résultats suggèrent que ce n'est pas tant la richesse du CLSC qui est en cause mais plutôt la taille de l'établissement, les petits établissements ressortant comme impliqués dans un moins grand nombre de thèmes¹⁴.

3.2 COEFFICIENTS DES POSTES

Afin d'établir la corrélation entre le nombre de postes et la population pour chacune des régions, nous présentons un coefficient de postes reliés aux services offerts aux jeunes de 0 à 17 ans pour 1 000 enfants pour les programmes-clientèles Enfance-jeunesse-famille et Santé publique. Nous avons au Québec **un coefficient de 1,80 postes, dans les CLSC, pour 1 000 jeunes**. Ce coefficient correspond au total des postes relevant des programmes-clientèles Santé publique et Enfance-jeunesse-famille.

Le tableau 21 indique que le coefficient pour le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille est de 0,68 poste, alors que celui du programme-clientèle Santé publique est de 1,12 poste. Ces données montrent que les CLSC ont consacré davantage de ressources pour le programme Santé publique que pour le programme Enfance-jeunesse-famille (secteur social) en matière de services offerts aux jeunes. Pour les programme-clientèle Santé publique (secteur santé), il s'agit principalement d'activités de promotion et de prévention et ces services sont offerts en majorité par des infirmières. Il est important de préciser que les activités des deux programmes-clientèles ne sont pas comparables ; le programme-clientèle Santé publique a davantage un caractère préventif et privilégie une approche qui tente de rejoindre la population en général ainsi qu'une clientèle cible. Les activités relevant du programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille ont en général un caractère plus curatif, les bénéficiaires requièrent souvent des services lorsqu'ils sont aux prises avec des situations problématiques considérablement détériorées.

Nous remarquons aussi un écart entre les coefficients du programme Enfance-jeunesse-famille et ceux du programme Santé publique pour les enfants de 6 à 11 ans. Cet écart s'explique en partie par

¹⁴ Lucie RICHARD, Danielle D'AMOUR, Jean-François LABADIE, Jean-Marc BRODEUR, Raynald PINEAULT, Louise SÉGUIN, Robert LATOUR, *Services de prévention et de promotion de la santé dans le domaine de la périnatalité enfance-jeunesse dans les CLSC : profil et études des déterminants*, Montréal, Université de Montréal, 2000, page 12.

la présence d'hygiénistes dentaires, qui fait augmenter le coefficient du programme Santé publique pour ce groupe d'âge.

Pour le groupe d'âge allant de 12 à 17 ans, les deux programmes-clientèles présentent un coefficient identique (0,5). Le coefficient de postes pour ce groupe d'âge (1,02) est inférieur à ceux des deux autres groupes d'âge.

Le tableau 21 présente le coefficient des postes pour 1 000 enfants dans les deux programmes-clientèles. Nous avisons le lecteur que l'annexe permet aussi d'obtenir le coefficient par profession et par centre d'activités.

Tableau 21

**Coefficients des postes liés aux services offerts aux jeunes
de 0 à 17 ans pour 1 000 enfants**

	Enfance-jeunesse-famille et Santé publique	Enfance-jeunesse-famille	Santé publique
0–5 ans	2,32	0,72	1,60
6-11 ans	1,52	0,57	0,94
12–17 ans	1,02	0,51	0,51
Non répartis	0,20	0,08	0,13
TOTAL 0-17 ANS	1,80	0,68	1,12

3.3 LES CLSC EN MILIEU SCOLAIRE

Les services en milieu scolaire pour les jeunes âgés de 6 à 17 ans sont regroupés dans deux centres d'activités. Pour le centre d'activités Services de **santé** en milieu scolaire, on a répertorié 581 postes d'infirmières en milieu scolaire. Ainsi, le coefficient est de une infirmière pour 1 914 enfants. Le centre d'activités Services **sociaux** en milieu scolaire compte 387 postes et le coefficient est de un intervenant social pour 2 872 enfants. En considérant le nombre d'écoles primaires et secondaires au Québec, nous pouvons établir des coefficients de une infirmière pour cinq écoles et de un intervenant social pour huit écoles. Il ressort de ces données que, dans le milieu scolaire, les services de santé sont plus accessibles que les services sociaux (voir le tableau 22).

Tableau 22

**Nombre de postes de professionnels et coefficients
en milieu scolaire selon les centres d'activités**

Centres d'activités	Nombre de postes ETC reliés aux services offerts aux jeunes de 6 à 17 ans	Coefficient professionnel/ enfants	Coefficient professionnel/ école
Services de santé en milieu scolaire (6591)	581	1/1 914	1/5
Services sociaux en milieu scolaire (6592)	387	1/2 872	1/8

3.4 NOMBRE DE POSTES D'ENCADREMENT ET COEFFICIENTS DANS LES CLSC

Le coefficient de cadres dans les CLSC par rapport aux postes reliés aux services aux jeunes est de 1 pour 19. Si on inclut les personnes agissant à titre d'intervenants-conseils, ce coefficient passe de 1 pour 13. Il faut considérer que les cadres dans les CLSC assument généralement un rôle d'animation et de participation à la concertation dans la communauté. Une étude portant précisément sur les besoins d'encadrement des intervenants serait nécessaire pour porter un jugement plus précis sur cette question. Parmi les cadres dans les CLSC, nous remarquons qu'il y en a presque autant qui ont une formation dans le domaine de la santé, qu'il y en a qui ont une formation en sciences humaines et sociales.

Tableau 23

Nombre de postes d'encadrement et coefficients dans les CLSC

	Nombre de postes	Coefficient
Cadres	155	1/19
Cadres et intervenants- conseils	220	1/13

3.5 LES MÉDECINS DES CLSC

Au Québec, il y a 76 postes (ETC) de médecins pour offrir des services des programmes-clientèles Enfance-jeunesse-famille et Santé publique. De ce nombre, 29 médecins (38 %) travaillent dans la région montréalaise où sont situés 20 % des CLSC du Québec. Dans cette région, il y a donc, en moyenne, un médecin par CLSC agissant dans le cadre des deux programmes-clientèles.

En dehors des régions de Montréal et de Québec, le nombre de médecins qui travaillent dans le cadre des programmes EJF et SP n'est pas très élevé. Nous remarquons, de plus, que la moitié des 76 médecins exercent auprès des jeunes âgés de 12 à 17 ans.

Les CLSC accordent une grande importance à l'intégration des activités du secteur de la santé et du secteur social dans les interventions auprès de la population. Toutefois, les données recueillies nous permettent de constater que les médecins sont peu engagés dans les programmes dédiés à la jeunesse, particulièrement à la petite enfance (0–5 ans).

Nous avons aussi prêté une attention particulière à la vaccination faite par les médecins et à la pénurie de médecins. Dans certaines régions, non seulement les médecins participent peu aux deux programmes à l'étude, mais ils ne peuvent répondre à tous les besoins relatifs aux soins médicaux courants en cabinet privé ou en centre hospitalier. Afin d'augmenter le temps réservé aux services médicaux, des autorités régionales ont convenu, avec les médecins, que les infirmières des CLSC assumeraient entièrement l'administration des vaccins, laissant ainsi plus de temps aux médecins pour les services médicaux hospitaliers et en cabinet privé. Il serait intéressant d'évaluer les économies potentielles dans l'ensemble du réseau si des ententes similaires étaient conclues dans toutes les régions. Des ententes entre une régie régionale, les CLSC et les médecins pour libérer les médecins de certaines tâches, notamment dans les régions où sévit une pénurie de médecins, sont envisageables puisque, dans huit régions du Québec, tous les enfants de 0 à 2 ans seraient vaccinés par les infirmières des CLSC.

3.6 EFFECTIFS PAR TITRE D'EMPLOI DANS LES PROGRAMMES-CLIENTÈLES

3.6.1 Enfance-jeunesse-famille

Parmi les 1 093 postes relevant du programme Enfance-jeunesse-famille, 86 % sont occupés par des intervenants sociaux et 14 %, par des orthophonistes et des auxiliaires familiaux. Les agents de relations humaines (43 %) et les travailleurs sociaux (24 %) représentent 67 % de tous les effectifs du programme-clientèle. Suivent, en ordre décroissant d'importance, les auxiliaires familiaux et sociaux (10 %), les techniciens en assistance sociale (7 %), les éducateurs spécialisés (6 %) et, comptant respectivement pour 3 %, les psychologues, les psychoéducateurs et les orthophonistes. Nous soulignons que, dans deux régions, aucun psychoéducateur ou éducateur spécialisé n'est à l'emploi d'un CLSC et que l'on retrouve peu d'employés en réadaptation dans les autres régions (voir le tableau 24).

Par ailleurs, aucun orthophoniste n'est à l'emploi d'un CLSC dans huit régions. Ailleurs, leur nombre est insuffisant compte tenu des besoins. Or, il est essentiel d'assurer des services d'orthophonie à des jeunes enfants qui en ont besoin, si nous voulons prévenir l'apparition de problèmes majeurs d'adaptation scolaire. Quant au nombre d'auxiliaires familiaux et sociaux à l'emploi d'un CLSC en 1998-1999 et travaillant pour le volet jeunesse (famille), il aurait diminué par rapport au nombre de ces derniers qui relevaient du programme Enfance-famille en 1985. De fait, à la suite du passage des auxiliaires familiaux et sociaux des CSS aux CLSC durant les années 80, ces personnes auraient progressivement été affectées aux soins aux personnes âgées vu le besoin croissant à cet égard.

Dans le programme Enfance-jeunesse-famille, les diplômés universitaires en relations humaines occupent 73 % des 1 093 postes. La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean montre le pourcentage le plus élevé de personnel ayant un diplôme universitaire en relations humaines, soit 93 %. Pour les régions du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, les pourcentages de ce type de diplômés sont respectivement de 53 % et de 56 %.

Tableau 24

**Répartition des effectifs (ETC) par titre d'emploi
pour le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille selon les régions sociosanitaires**

Régions sociosanitaires	Nombre Total	Agent de relations humaines	Travailleur social	Psycho-logue	Psycho-éducateur	Total	Technicien en assistance sociale	Éducateur spécialisé	Auxiliaire familial et social	Orthopho-niste	Autres
		%	%	%	%		%	%	%	%	%
Bas-Saint-Laurent	50,38	37 %	12 %	4 %	0 %	53 %	22 %	6 %	6 %	3 %	10 %
Saguenay-Lac-Saint-Jean	33,06	77 %	14 %	2 %	0 %	93 %	0 %	0 %	4 %	3 %	0 %
Québec	96,75	48 %	23 %	0 %	5 %	76 %	3 %	16 %	0 %	5 %	0 %
Mauricie et Centre-du-Québec	85,91	53 %	17 %	3 %	5 %	78 %	11 %	0 %	2 %	4 %	4 %
Estrie	36,56	61 %	7 %	0 %	2 %	70 %	3 %	5 %	22 %	0 %	2 %
Montréal-Centre	316,00	27 %	38 %	4 %	1 %	70 %	5 %	7 %	16 %	0 %	2 %
Outaouais	69,33	46 %	11 %	8 %	5 %	70 %	5 %	3 %	11 %	9 %	1 %
Abitibi-Témiscamingue	30,00	36 %	34 %	0 %	3 %	73 %	0 %	4 %	2 %	20 %	1 %
Côte-Nord	20,50	72 %	4 %	4 %	0 %	80 %	6 %	7 %	0 %	0 %	7 %
Nord-du-Québec	7,55	40 %	28 %	13 %	19 %	90 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	24,50	47 %	6 %	4 %	0 %	56 %	20 %	8 %	1 %	10 %	3 %
Chaudière-Appalaches	49,03	35 %	35 %	0 %	0 %	70 %	22 %	7 %	1 %	1 %	0 %
Laval	38,75	41 %	21 %	8 %	9 %	79 %	0 %	10 %	8 %	0 %	3 %
Lanaudière	35,46	44 %	23 %	4 %	0 %	71 %	0 %	7 %	22 %	0 %	0 %
Laurentides	33,05	62 %	10 %	4 %	0 %	76 %	8 %	0 %	16 %	0 %	1 %
Montréal	166,61	53 %	20 %	3 %	4 %	80 %	6 %	3 %	10 %	0 %	1 %
TOTAL	1093,44	43 %	24 %	3 %	3 %	73 %	7 %	6 %	10 %	3 %	2 %

3.6.2 Programme-clientèle Santé Publique

Dans le programme-clientèle Santé publique, les infirmières occupent 74 % des 1 813 postes. Pour les autres titres d'emploi, les pourcentages sont les suivants : hygiénistes dentaires, 15 % ; intervenants communautaires, 7 % ; nutritionnistes, 4 % (voir le tableau 25).

Ce sont les régions de Laval et de l'Abitibi-Témiscamingue qui ont les pourcentages d'effectifs affectés aux soins infirmiers les plus élevés avec respectivement 84 % et 82 % d'infirmières. Par ailleurs, dans la région de Laval, seulement 8 % des effectifs travaillent à la prévention en matière d'hygiène dentaire ; ce pourcentage est faible si on le compare à celui des hygiénistes dentaires du programme-clientèle Santé publique pour l'ensemble du Québec, qui se situe à 15 %. Le pourcentage des postes d'intervenants communautaires varie considérablement d'une région à l'autre ; cela ne signifie pas qu'il n'y a pas d'intervention communautaire par les employés de certains CLSC, mais plutôt que cette fonction n'est pas précisément attribuée à ce titre d'emploi. Outre la région du Nord-du-Québec, qui n'a pas d'intervenant communautaire, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a peu de postes en intervention communautaire. Ce sont les régions de la Côte-Nord et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine qui ont les pourcentages les plus élevés d'intervenants communautaires en Santé publique, avec respectivement 17 % et 15 %. Soulignons enfin qu'en 1998-1999, l'Estrie est la seule région où il y a pas eu de nutritionniste à l'emploi d'un CLSC pour les services aux enfants dans le programme-clientèle Santé publique.

Tableau 25

**Répartition des effectifs (ETC) par titre d'emploi
pour le programme-clientèle Santé publique selon les régions sociosanitaires**

Régions sociosanitaires	Total	Infirmière	Nutritionniste	Hygiéniste dentaire	Intervenant communautaire
	Nombre	%	%	%	%
Bas-Saint-Laurent	67,83	79 %	1 %	12 %	8 %
Saguenay–Lac-Saint-Jean	65,31	73 %	4 %	17 %	6 %
Québec	159,00	77 %	6 %	12 %	5 %
Mauricie et Centre-du-Québec	115,38	74 %	5 %	18 %	3 %
Estrie	71,52	77 %	0 %	15 %	8 %
Montréal-Centre	421,63	76 %	3 %	12 %	9 %
Outaouais	96,18	69 %	8 %	12 %	10 %
Abitibi–Témiscamingue	57,85	82 %	2 %	11 %	5 %
Côte-Nord	48,83	71 %	2 %	11 %	17 %
Nord-du-Québec	10,55	76 %	6 %	18 %	0 %
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	53,43	71 %	4 %	10 %	15 %
Chaudière-Appalaches	124,30	75 %	3 %	14 %	8 %
Laval	58,61	84 %	4 %	8 %	4 %
Lanaudière	87,24	78 %	3 %	12 %	8 %
Laurentides	95,30	77 %	1 %	13 %	9 %
Montréal	279,56	76 %	4 %	14 %	5 %
TOTAL	1 812,52	74 %	4 %	15 %	7 %

Tableau 30

3.7 SYNTHÈSE

Il y a **2906 postes** ETC dans les CLSC pour les 2 programmes-clientèles Enfance-jeunesse-famille et Santé publique.

Dans les deux programmes, le coefficient de postes pour 1 000 enfants est de **1,80**.

Dans le programme Enfance-jeunesse-famille, il y a **1 093 postes** pour des services aux jeunes de 0 à 17 ans, ce qui correspond à un coefficient de **0,68 poste** pour 1 000 enfants.

Dans le programme Santé publique, on trouve **1 813 postes**, ce qui correspond à un coefficient de **1,12 poste** pour 1 000 enfants dans les CLSC.

En ce qui a trait au groupe d'enfants de 0 à 5 ans, le programme Santé publique y consacre 69 % des postes tandis que le programme Enfance-jeunesse-famille y consacre 31 % des postes.

Il y a peu d'intervenants auprès des jeunes en milieu scolaire et la dispersion observée est liée au nombre élevé d'écoles à visiter, particulièrement au cycle primaire.

Les coûts des **services de santé** représentent 57 % des dépenses en milieu scolaire et il y a un intervenant pour 1 914 enfants et un intervenant pour cinq écoles.

Les coûts des **services sociaux** représentent 43 % des dépenses totales des services offerts en milieu scolaire par les CLSC. Dans ce secteur, il y a un intervenant pour 2 872 enfants et un intervenant pour huit écoles.

Il y a un écart important entre le nombre de personnes relevant du secteur de la santé en milieu scolaire et le nombre de personnes relevant du secteur social en milieu scolaire.

Il y a peu de médecins qui travaillent dans le cadre des deux programmes à l'étude.

Dans huit régions, la vaccination des enfants de 0 à 2 ans par les infirmières des CLSC libère les médecins qui peuvent ainsi se consacrer à d'autres tâches.

Le personnel est composé en majorité d'infirmières et d'intervenants sociaux.

Il y a peu de personnel qui travaille dans les domaines de la réadaptation, de la psychologie, de la nutrition, de l'orthophonie et de l'aide à domicile (auxiliaires familiaux et sociaux).

PISTES DE SOLUTION

Augmenter le nombre d'intervenants sociaux, de psychoéducateurs, de psychologues et d'auxiliaires familiaux et sociaux pour le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille afin de **soutenir directement les familles**.

Recruter des **orthophonistes** afin d'intervenir tôt dans le développement du langage et ainsi diminuer les risques de difficultés accrues au moment de l'entrée à l'école.

Améliorer les services de réadaptation dans les CLSC afin de **diminuer le recours** aux services offerts par des établissements de deuxième ligne et les placements en centre de réadaptation.

Exiger l'adhésion à un **ordre professionnel** pour toutes les professions universitaires dans l'affichage des postes.

Recruter des **nutritionnistes** qui travaillent auprès des familles, particulièrement celles qui ont de très jeunes enfants, afin d'assurer une intervention interdisciplinaire.

Mettre sur pied, dans chaque territoire, des activités d'intervention communautaire qui tiendront compte des services courants d'intervention psychosociale offerts à la population dans le cadre d'un programme particulier (ex: négligence).

Conclure des ententes entre les CLSC, les médecins et les régies régionales pour accroître le **taux de vaccination** par les infirmières des CLSC, particulièrement dans les régions où il y a une pénurie de médecins.

CHAPITRE 4 : INFORMATIONS CLIENTÈLES

4.1 INTERVENTIONS

Dans la collecte de données, nous avons demandé certaines informations relatives aux usagers des services offerts par les CLSC et au nombre d'interventions¹⁵ afin d'établir un coût unitaire au regard des dépenses par centre d'activités des CLSC. En raison principalement d'un changement de système d'information sur les usagers intervenu en 1998-1999, les données que nous avons obtenues ne nous permettent pas d'effectuer une analyse complète. Par ailleurs, avec le nouveau système Intégration CLSC, nous considérons qu'il est essentiel que le ministère de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales exigent ces données et en effectuent le suivi afin d'établir le coût moyen par intervention et par usager pour chaque centre d'activités.

Malgré les difficultés liées principalement à la transition d'un système d'information à un autre, nous sommes en mesure de relever de façon assez précise quelques éléments de la pratique qui sont jugés significatifs. Par exemple, le tableau 26 indique le nombre moyen d'interventions par usager selon les groupes d'âge pour les deux programmes-clientèles à l'étude. Ces données excluent les interventions ponctuelles et de groupes.

Tableau 26

Nombre moyen d'interventions selon les groupes d'âge

GROUPES D'ÂGE	ENFANCE-JEUNESSE-FAMILLE	SANTÉ PUBLIQUE	
		Santé parentale et infantile et Santé scolaire	Serv. dent. prév. Prév. et prot. de la santé publique et Nutrition
	Nombre moyen	Nombre moyen	Nombre moyen
0-5 ANS	5,4	2,5	1,6
6-11 ANS	5,8	1,5	1,4
12-17 ANS	5,3	2,0	1,5
0-17 ANS	5,6	2,2	1,5

¹⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Manuel de gestion financière, Normes et Pratiques de gestion*, 1998-1999, p.1.

Comme nous pouvons le constater dans le tableau 26, la moyenne des interventions psychosociales pour le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille s'établit à 5,6. Nous pouvons donc conclure qu'il se fait des interventions dites à court terme, tel que le prescrivait le cadre de référence des CLSC.

Dans le programme-clientèle Santé publique, la moyenne des interventions pour les centres d'activités Santé parentale et infantile et Services de santé en milieu scolaire est de 2,2 et elle varie de 1,5 à 2,5 interventions selon les groupes d'âge. Dans les trois autres centres d'activités de ce programme-clientèle, la moyenne est de 1,5 intervention par usager.

La nature des activités des programmes-clientèles Enfance-jeunesse-famille et Santé publique est tellement différente que nous ne pouvons pas comparer les nombres moyens d'interventions entre les programmes. Cette remarque s'applique aussi aux centres d'activités du programme-clientèle Santé publique. En effet, il serait inapproprié de comparer les services dentaires préventifs avec la santé parentale et infantile ou tout autre centre d'activités.

À titre d'exemple, les infirmières travaillant dans le domaine de la santé parentale et infantile effectuent en moyenne 2,5 interventions par usager. Or, nous savons que ce service s'adresse aussi à toute la population et non seulement à une population cible qui requiert habituellement un nombre moyen d'interventions plus élevé. En isolant le centre d'activités Nutrition, nous obtenons un nombre moyen d'interventions d'un peu plus de 2,5 par usager.

4.2 USAGERS

4.2.1 Taux de pénétration dans le milieu

Au cours de l'exercice financier 1998-1999, le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille a offert des services à un nombre estimé de 89 276 jeunes, ce qui correspond à 5,5 % de la population de jeunes de 16 régions sociosanitaires du Québec, soit 1 611 830 enfants de 0 à 17 ans. Selon les trois groupes d'âge, les pourcentages des enfants qui ont bénéficié de ces services sont : 5,1 % pour les enfants de 0 à 5 ans, 5,5 % pour les enfants de 6 à 11 ans et 5,7 % pour les adolescents de 12 à 17 ans.

Le programme-clientèle Santé publique offre un éventail plus considérable de services préventifs à l'intention de toute la population, contrairement au programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille qui, lui, en a peu. Il est donc tout à fait normal de trouver un pourcentage plus élevé d'utilisateurs qui ont bénéficié du programme-clientèle Santé publique que du programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille. Dans l'ensemble de la population des jeunes du Québec, nous estimons que 625 341 enfants ont reçu des services du programme-clientèle Santé publique en 1998-1999. Ce nombre représente 39 % de la population totale des jeunes de 0 à 17 ans. Étant donné l'importance accordée aux interventions auprès des jeunes enfants, entre autres pour éviter plusieurs maladies grâce à la vaccination infantile et pour assurer un suivi postnatal, les enfants de 0 à 5 ans forment le groupe d'utilisateurs qui obtient la plus forte proportion des services en question, soit 57 % (voir le tableau 27).

Étant donné qu'un nombre important d'interventions du centre d'activités Santé parentale et infantile s'adresse aux enfants de 0 à 2 ans, nous pouvons affirmer que le pourcentage des enfants pour lesquels des services sont accordés après la naissance se rapproche du pourcentage maximum des usagers à qui on doit offrir des services, ce pourcentage maximum étant établi en fonction de la population totale du Québec pour cette strate d'âge.

Tableau 27

**Estimation du nombre d'usagers des programmes-clientèles
par rapport à la population totale des jeunes de 0 à 17 ans**

GROUPE D'ÂGE	ENFANCE JEUNESSE-FAMILLE Nombre	%	SANTÉ PUBLIQUE Nombre	%	QUÉBEC Pop. jeu. Nombre	%
0-5 ANS	25 890	5,1	287 657	57	500 379	31
6-11 ANS	31 247	5,5	243 883	43	565 404	35
12-17 ANS	31 139	5,7	93 801	17	546 047	34
TOTAL	89 276	5,5	625 341	39	1 611 830	100

4.2.2 Usagers par programme-clientèle

Le tableau 28 indique le pourcentage d'usagers par groupe d'âge par rapport au nombre total d'usagers qui ont bénéficié de chacun des programmes-clientèle. Nous remarquons que le groupe d'enfants de 0 à 5 ans représente 29 % des usagers du programme Enfance-jeunesse-famille et 46 % des usagers du programme Santé publique.

Si nous regroupons les deux principaux centres d'activités du programme-clientèle Santé publique, soit « Santé parentale et infantile » et « Services de santé en milieu scolaire », le pourcentage des usagers pour le groupe d'âge 0-5 ans s'élève à 56 %, ce qui illustre bien la priorité accordée aux services à ces enfants. Dans les trois autres centres d'activités du programme Santé publique, soit « Services dentaires préventifs », « Prévention et protection de la santé publique » et « Nutrition », nous observons que le groupe d'enfants de 6 à 11 ans représente 64 % des usagers. Cette situation est due en grande partie à la présence d'hygiénistes dentaires dont 80 % du travail est accompli auprès des enfants d'écoles primaires. En nutrition, 80 % des usagers ont entre 0 et 5 ans ; ce pourcentage tient compte des interventions durant la grossesse et après l'accouchement. Enfin, les usagers des services de santé en milieu scolaire qui ont entre 6 et 11 ans représentent 66 % du total des usagers de ce centre d'activités. (Les données du tableau 28 ne comprennent pas les usagers du centre d'activités Interventions communautaires qui n'utilise pas les mêmes unités de mesures.)

Tableau 28

**Répartition des usagers des programmes-clientèle
selon les groupes d'âge**

GROUPES D'ÂGE	ENFANCE-JEUNESSE-FAMILLE		SANTÉ PUBLIQUE	
	Nombre	%	Nombre	%
0-5 ANS	25 890	29 %	287 657	46 %
6-11 ANS	31 247	35 %	243 883	39 %
12-17 ANS	32 139	36 %	93 801	15 %
TOTAL	89 276	100 %	625 341	100 %

4.2.3 Liste d'attente, plan d'intervention, placement, entente à l'intérieur d'un secteur et entre secteurs

Nous avons évalué, pour chaque centre d'activités, le nombre d'enfants inscrits sur une liste d'attente ainsi que la durée de l'attente pour l'obtention de services offerts par les CLSC. Il n'existe pas, dans les 143 CLSC, un mécanisme commun de collecte de données prévu à cette fin. Nous avons obtenu des données incomplètes et de nature différente. Cette situation fait en sorte que nous ne pouvons pas présenter un portrait fiable des listes d'attente, ce qui ne signifie pas qu'il n'y a pas d'attente pour les services offerts par les CLSC.

Les familles qui sont en attente de services et dont la situation nécessiterait une intervention immédiate risquent d'être orientées vers des services spécialisés ou de recourir elles-mêmes à ces services en raison du manque de services de première ligne.

De même, les données obtenues ne nous permettent pas d'effectuer une analyse rigoureuse des plans d'intervention, des demandes de retrait du milieu familial ni des ententes à l'intérieur d'un secteur et entre secteurs pas plus qu'elles ne nous permettent de faire des observations sur ces mêmes sujets. Au regard des plans d'intervention, il n'existe pas de véritable politique dans les CLSC au Québec. La responsabilité d'élaborer un plan d'intervention incombe aux gestionnaires, aux intervenants-conseils et aux praticiens.

Au-delà des informations statistiques, nous reconnaissons que des efforts ont été déployés pour améliorer les services intégrés à la suite de l'adoption d'un cadre de référence établi par l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec et l'Association des centres jeunesse en 1998. Une recherche subventionnée par le MSSS a permis de produire un bilan de l'implantation de cette entente-cadre.

4.3 HEURES D'OUVERTURE POUR LES SERVICES OFFERTS À LA JEUNESSE PAR LES CLSC

4.3.1 Services réguliers

Le tableau 29 nous présente les heures d'ouverture des CLSC. Pour le programme Santé publique, les services sont accessibles, sur une base hebdomadaire, 60 heures et plus dans 80 CLSC (56 %) au Québec. Pour le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille, l'accessibilité aux services sociaux est possible, sur une base hebdomadaire, 60 heures et plus dans 74 CLSC (52 %). Nous notons toutefois que les services ne sont accessibles que 35 heures ou moins par semaine dans 29 CLSC (20 %) pour le secteur santé et dans 37 CLSC (26 %) pour le secteur social.

Tableau 29

Heures d'ouverture des services

SANTÉ		SOCIAL	
NOMBRE CLSC	%	NOMBRE CLSC	%
60 HEURES ET PLUS			
80	56 %	74	52 %
DE 36 À 59 HEURES			
34	24 %	32	22 %
35 HEURES OU MOINS			
29	20 %	37	26 %

4.3.2 Services d'urgence sociale

Lorsque les services du CLSC ne sont pas accessibles durant les heures régulières d'ouverture, 69 CLSC ont répondu avoir un service d'intervention familiale pour des situations d'urgence. Dans la majorité des cas, l'intervention est minimale et permet de désamorcer une crise. Ce service est distinct de l'intervention psychosociale dans le cadre de mesures d'urgence (ex: crise du verglas) ; il est plutôt une extension des services courants offerts aux familles durant le jour.

4.4 SYNTHÈSE

Le changement de système d'information sur les usagers des CLSC est à la source de certaines lacunes dans la collecte de données.

Il y a eu, en moyenne, **5,6 interventions par usager** dans le cadre du programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille.

Il y a eu, en moyenne, **2,2 interventions par usager** pour les centres d'activités Santé parentale et infantile et Services de santé en milieu scolaire.

Environ **5,5 % des jeunes** de 0 à 17 ans du Québec ont bénéficié des activités du programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille et **39 %** du programme-clientèle Santé publique.

Au moins 57 % des enfants âgés de 0 à 5 ans au Québec ont reçu des services du programme-clientèle Santé publique, ce pourcentage étant plus élevé pour les enfants de 0 à 2 ans.

56 % des usagers de la Santé publique ont entre 0 et 5 ans tandis que la proportion des usagers du programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille pour ce groupe d'âge est de 29 %.

Ce sont 80 CLSC qui offrent des services relatifs à la **santé** 60 heures et plus par semaine.

On compte 74 CLSC qui offrent des services **sociaux** 60 heures et plus par semaine.

Des CLSC sont ouverts 35 heures ou moins ; 29 CLSC pour des services de santé et 37 pour des services sociaux.

PISTES DE SOLUTIONS

S'assurer que le **nouveau système** d'information sur les usagers, le système Intégration CLSC, ou un autre système puisse fournir les informations notamment sur les **quatre éléments** suivants :

- 1 - le nombre d'**usagers**, afin d'en établir le coût unitaire ;
- 2 - le nombre d'**interventions**, afin d'en établir le coût unitaire ;
- 3 - le nombre moyen d'interventions par groupe d'âge ;
- 4 - le nombre de plans d'intervention.

Adopter un règlement visant à favoriser l'élaboration des **plans d'intervention** prévue à la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Veiller à ce que chaque CLSC se dote d'un règlement interne assurant l'élaboration, l'application et la révision d'un plan d'intervention.

Créer des équipes de services intégrés (CLSC, centre jeunesse, milieux scolaire, communautaire et municipal) en fonction d'une population et d'un secteur géographique donnés.

Assurer l'accessibilité minimale à des services aux jeunes **60 heures par semaine** dans l'ensemble des CLSC au Québec.

CHAPITRE 5 : SERVICES OFFERTS

5.1 DISPONIBILITÉ DES SERVICES

La disponibilité et la nature des services offerts aux jeunes par les CLSC étaient une préoccupation partagée par différents acteurs, comme le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Éducation et celui de la Sécurité publique, les centres jeunesse et, surtout, les CLSC eux-mêmes. Nous avons donc procédé à l'inventaire des activités, des services et des programmes offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille dans les 143 CLSC du Québec. Des partenaires de quelques régions, par exemple en Chaudière-Appalaches, avaient déjà amorcé une démarche semblable pour chaque groupe d'âge. Nous nous sommes inspirés de ces travaux pour préparer le questionnaire qui nous a permis d'obtenir les informations de base sur l'accessibilité aux services.

La Direction de la santé publique et la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation du MSSS assurent déjà un suivi des programmes Naître égaux - grandir en santé et Info-santé. Nous avons utilisé quelques éléments issus des travaux de ces directions. Plusieurs informations sont disponibles à la Direction de la santé publique et elles permettent une connaissance plus grande de la situation actuelle de ces programmes particuliers.

Nous avons relevé les activités pouvant être offertes par les CLSC dans ces deux programmes-clientèles. Nous tenons à préciser que le nombre d'activités répertoriées s'élève à 76, car certaines activités s'adressent à plus d'un groupe d'âge en plus de s'adresser tantôt à la population en général tantôt à une population ciblée. Rappelons que les services offerts par les CLSC sont accessibles sur une base locale et que la nature des services est préventive ou curative, et ce, tant dans le secteur de la santé que dans le secteur social.

5.1.1 Types d'activités

Comme l'illustre le tableau 30, nous avons répertorié 76 activités, dont 42 peuvent être offertes à toute la population et 34 à une population ciblée. De ces services, 40 ont un caractère préventif et 36 sont des services curatifs. En répartissant les 76 activités potentielles par groupe d'âge, nous obtenons 23 types d'activités pour les enfants de 0 à 2 ans, 14 pour ceux de 2 à 5 ans, 20 pour ceux de 6 à 11 ans et finalement 19 pour les adolescents.

Cependant, tous les CLSC au Québec ne peuvent offrir les 76 activités répertoriées mais en moyenne, ils offrent 47 activités, soit 62 %. Plus précisément, 42 activités s'adressent à toute la population et, de celles-ci, 27 sont offertes en moyenne par les CLSC. En ce qui concerne les activités de nature préventive, la moyenne est de 29 dans l'ensemble du Québec. Enfin, sur un total de 23 activités pouvant s'adresser aux enfants de 0 à 2 ans, 17 sont offertes en moyenne par les CLSC.

Tableau 30

	Services offerts		
	NOMBRE TOTAL D'ACTIVITÉS	NOMBRE MOYEN D'ACTIVITÉS	
		Nombre	%
1. Offre globale des services , programmes et activités	76	47	62
2. Accessibilité aux services :			
Toute population	42	27	65
Population ciblée	34	20	60
3. Services préventifs et curatifs			
Services préventifs	40	29	73
Services curatifs	36	18	50
4. Services offerts selon les groupes d'âge			
0-2 ans	23	17	74
2-5 ans	14	7	58
6-11 ans	20	12	60
12-17 ans	19	11	58

De façon générale, il y a plus de services préventifs que de services curatifs qui sont offerts. Rappelons que la recherche¹⁶ mentionnée au chapitre 3 indique que le nombre de programmes préventifs est tributaire du nombre de postes.

En ce qui concerne les services préventifs, soulignons que la notion de prévention est interprétée de façon différente par les directions de la santé publique des régions régionales, la Direction générale de la santé publique du MSSS et les établissements ou organismes communautaires du réseau de la santé et des services sociaux. Il est hautement souhaitable de convenir d'une définition commune de la notion de prévention. Une communication claire avec les établissements de première ligne et de deuxième ligne diminuerait la confusion actuelle et favoriserait l'utilisation des sommes allouées à des activités réellement préventives.

Le tableau 31 présente la liste des services regroupés selon les secteurs, santé et social, en fonction de leur disponibilité. Il est important, cependant, de préciser que le fait que le service existe dans un CLSC ne signifie pas que ce dernier a la capacité de répondre aux besoins à cet égard. En d'autres mots, le tableau indique les services existants, mais il ne précise pas la qualité et l'intensité de ces services.

À titre d'exemples, le service de répit aux parents du programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille et le service de réadaptation ont une limite financière telle que nous pourrions les considérer comme non disponibles. Certaines régions ont pris récemment des mesures énergiques afin que

¹⁶ Lucie RICHARD, Danielle D'AMOUR, Jean-François LABADIE, Jean-Marc BRODEUR, Raynald PINEAULT, Louise SÉGUIN, Robert LATOUR, *Services de prévention et de promotion de la santé dans le domaine de la périnatalité enfance-jeunesse dans les CLSC : profit et études des déterminants*, Montréal, Université de Montréal, 2000, page 12.

l'accessibilité au service de répit offert par les CLSC soit considérablement accrue. Ainsi, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec en a fait une de ses priorités dans le plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux.

Tableau 31

Disponibilité des services

SERVICES GÉNÉRALEMENT DISPONIBLES	SERVICES GÉNÉRALEMENT MOINS DISPONIBLES
SANTÉ ➤ Info-Santé ➤ Immunisation contre l'hépatite B ➤ Vaccination ➤ Services de périnatalité (prénatal et postnatal) ➤ Gestion : fiche de santé (allergies) ➤ Santé buccodentaire ➤ Soins infirmiers (préventifs et curatifs) ➤ Prévention des épidémies SOCIAL ➤ Services psychosociaux (curatifs) ➤ Intervention psychosociale : mesures d'urgence ➤ Action communautaire SANTÉ ET SOCIAL ➤ Services sociaux et de santé en milieu scolaire ➤ Planification des naissances	SANTÉ ➤ Sécurité à domicile (trousse de prévention) SOCIAL ➤ Info-Social ➤ Aide à domicile (auxiliaires familiaux) SANTÉ ET SOCIAL ➤ Orthophonie ➤ Services préventifs et curatifs de santé mentale

Le tableau qui précède indique que les services d'Info-santé, de vaccination, d'immunisation contre l'hépatite B et les services en matière de périnatalité font partie des services bien établis dans les CLSC et ils s'adressent aux enfants, aux adolescents et à leur famille. Par contre, cette population est moins bien servie en ce qui a trait à l'Info-social, les services préventifs et curatifs de santé mentale, l'aide à domicile et l'orthophonie. Nous avons considéré qu'un service était disponible lorsqu'il était offert par plus de 50 % des CLSC d'une région.

5.2 DISPARITÉ DES SERVICES

Dans le cadre de notre étude, il était essentiel d'évaluer le degré d'accessibilité aux services offerts aux jeunes par les CLSC. En participant à nos travaux, les représentants du MSSS, des régions

régionales et de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec ont constaté qu'il y avait une disparité des services d'un CLSC à l'autre et ils ont convenu de la nécessité que les CLSC se dotent de services de base communs (panier de services). Nous avons répertorié 26 services communs accessibles dans plus de 75 % des CLSC, mais seule la vaccination est offerte par les 143 CLSC. Le tableau 32 indique le nombre d'activités, de services et de programmes offerts ainsi que le pourcentage de CLSC qui les offrent. L'objectif de ce tableau n'est pas d'énumérer les activités, mais de montrer la disparité de l'offre entre les CLSC.

Tableau 32**Disparité des services offerts par les CLSC**

Services offerts	Nombre d'activités, de services et de programmes
Accessibles dans 100 % des CLSC (143 CLSC)	1
Accessibles dans 75 à 99 % des CLSC	25
Accessibles dans 50 à 74 % des CLSC	23
Accessibles dans 49 % ou moins des CLSC	27

À la suite des travaux effectués dans certaines régions et de la présentation de nos données préliminaires dans toutes les régions, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec a entrepris des travaux, en juin 2000, visant à diminuer la disparité des services offerts aux jeunes. Ces travaux ont été présentés au MSSS et ils devraient permettre de mieux circonscrire un panier de services de base communs à tous les CLSC.

5.3 INFO-SANTÉ CLSC

Compte tenu de l'importance du service Info-Santé pour les familles, de l'importance du budget de ce service et du nombre de postes qui y sont reliés ainsi que du développement rapide de ce service, nous présentons quelques informations provenant de l'évaluation provinciale qui en a été faite¹⁷. Cette évaluation a été réalisée par la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation du MSSS en collaboration avec un comité de suivi réunissant des personnes désignées par la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Cette évaluation porte sur les années 1994 à 1999, conformément au cadre de référence adopté par le MSSS.

Rappelons que les objectifs du service Info-Santé des CLSC sont d'informer, de conseiller et d'orienter au besoin la population vers les ressources appropriées, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Ce service se veut accessible à toute la population mais de façon plus particulière aux trois groupes cibles suivants : les personnes qui ont des besoins pendant la période périnatale, les jeunes et les personnes âgées. Étant donné que les deux premiers groupes cibles ont un lien avec l'analyse des deux programmes-clientèles Enfance-jeunesse-famille et Santé publique, il est intéressant de

¹⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC, rapport final 1994-1999*, Québec, 1999, p.59.

reprendre certains éléments de cette évaluation, qui concernent plus particulièrement les jeunes de 0 à 18 ans et leurs parents.

Le service Info-Santé des CLSC est accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 dans toutes les régions du Québec, à l'exception des deux régions nordiques. Ce service est offert par l'ensemble des CLSC le jour et par 18 centrales régionales le soir, la nuit et la fin de semaine. Les dépenses totales pour ce service en 1998-1999 s'élevait à 30,8 millions de dollars. Il y a environ 400 postes pour le service Info-Santé au Québec. Il a reçu 2,5 millions d'appels téléphoniques et, si nous nous fions aux réponses des usagers, 95 % des appels s'avèrent utiles pour résoudre immédiatement un problème. L'évaluation provinciale montre de plus que, de ces appels, entre 29 et 34 % évitent le recours à la salle d'urgence et entre 30 et 41 % évitent une consultation médicale (à l'urgence ou ailleurs), c'est-à-dire entre 720 000 et 980 000 consultations par année. Plus précisément, 94 % des appels concernent des problèmes de santé physique et 4 %, des problèmes sociaux (voir le tableau 33).

Tableau 33

Info-Santé CLSC

Objectifs : informer, conseiller, orienter

DÉPENSES TOTALES :	30,8 M\$
NOMBRE APPROXIMATIF DE POSTES :	400
ACCESSIBILITÉ :	24 Heures sur 24 et 7 jours sur 7
NOMBRE D'APPELS :	2,5 millions
NATURE DES APPELS :	
SANTÉ PHYSIQUE	94 %
PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX	4 %

Une enquête réalisée auprès des usagers du service Info-Santé CLSC au cours de l'automne 1997 permet de répartir les 4 683 appels par groupe d'âge (voir le tableau 34). Un appel sur trois concerne les enfants de 0 à 5 ans et 60 % de ces appels sont faits par des parents d'enfants de moins de 1 an.

Tableau 34

Répartition des appels par groupe d'âge¹

POPULATION GÉNÉRALE : POURCENTAGE PAR GROUPE D'ÂGE					
18 ans et moins :	43,9 %	0 à 5 ans :	31,4 %	1 an ou moins :	18,5 %
				2 à 5 ans :	12,9 %
		6 à 18 ans :	12,5 %		
19 à 64 ans :	47,7 %				
65 ans et plus :	8,4 %				

POPULATION DE 18 ANS OU MOINS PAR GROUPE D'ÂGES PAR RAPPORT À LA POPULATION TOTALE DE JEUNES DE 0 À 18 ANS			
1 an ou moins :	42 %		
2 à 5 ans	29 %		
		0-5 ans =	71 %
		6 à 18 ans =	28 %

1. Source : Louise HAGAN, Diane MORIN et Rachel LÉPINE, *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC Perception des utilisateurs*

Voici des extraits que le comité de suivi pour l'amélioration et le développement futur du service Info-Santé CLSC a insérés dans son analyse :

1. « L'accès rapide aux services Info-Santé CLSC en tout temps est l'une des bases de son efficacité (...) » ;
2. « Info-Santé CLSC rejoint largement les ménages où vivent de jeunes enfants » ;
3. « Le succès d'Info-Santé CLSC incite les responsables de ce service à prendre des initiatives de diverses natures pour en élargir les retombées dans certains secteurs d'intervention, notamment dans le domaine social (rapport Cliche, rapport Lebon, *Plan d'action en toxicomanie*)¹⁸ ».

Soulignons que notre comité recommandait dans son premier rapport en 1998 la création d'une « (...) même porte d'entrée (Info-Social) intégrant tous les services d'urgence sociale de type 24/7 (Urgence sociale, Info-suicide, Drogue-secours, Centre de crise, etc.) en répartissant les demandes vers les personnes ressources (...) »¹⁹

De même, le rapport final d'évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC (1994-1999) de la Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation du MSSS préconisait le « développement d'une réponse sociale de première ligne »²⁰.

¹⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC, rapport final 1994-1999*, Québec, 1999, p.59.

¹⁹ État de situation et recommandations au regard des listes d'attente en protection de la jeunesse et de l'accessibilité aux services à la jeunesse, Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse (comité Lebon), MSSS, 1998, p46.

²⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC, rapport final 1994-1999*, Québec, 1999, p.59.

5.4 MESURES D'URGENCE

En 1998-1999, près de 85 % des CLSC au Québec avait établi un plan d'intervention psychosociale dans le cadre des mesures d'urgence. Nous reconnaissons l'importance de ce service pour avoir constaté sa nécessité à l'occasion de catastrophes qu'a connues le Québec durant les dernières années. Tous se rappellent les inondations au Saguenay, la crise du verglas en 1998, les BPC à Saint-Basile ainsi que les tornades en Outaouais et dans la région de la Mauricie. Outre ces situations très médiatisées, les CLSC ont fait des interventions psychosociales dans le cadre de mesures d'urgence à environ 400 reprises. Citons quelques exemples :

- accidents : industries, effondrement du toit d'un aréna, mines, autobus ;
- écrasements d'avions ;
- explosions dues à des groupes de motards criminalisés ;
- disparitions ;
- fusillades ;
- feux de forêts près de réserves indiennes ;
- homicides ou suicides (écoles) ;
- incendies majeurs (quartiers) ;
- émanation de gaz toxique ;
- électrocutions ;
- prises d'otages ;
- réfugiés kosovars.

La présence du personnel des CLSC au moment de ces tragédies contribue notamment à un retour plus rapide à la vie normale et diminue les séquelles de traumatismes subis par les personnes et les familles. Ces catastrophes ont suscité la coopération de plusieurs CLSC de régions épargnées par ces événements. Elle s'est traduite par l'envoi d'équipes d'intervenants sociaux et d'infirmières ayant reçu une formation adéquate leur permettant de soutenir les personnes qui avaient besoin d'aide.

5.5 SYNTHÈSE

Nous avons répertorié **76 activités** :

- 42 sont offertes à toute la population ;
- 34 sont offertes à une population cible ;
- 47 en moyenne sont offertes partout au Québec.

Seule la vaccination est offerte par les 143 CLSC au Québec.

Parmi les services généralement disponibles, on retrouve Info-Santé, vaccination et les services en périnatalité.

Parmi les services généralement moins disponibles, on retrouve Info-Social, aide à domicile et l'orthophonie.

Pour le service Info-Santé :

- les dépenses totales s'élèvent à 30,8 millions de dollars ;
- il y a 400 postes ;
- **43,9 %** des appels de la population en général concernent la population de 18 ans ou moins, et **31,4 %** de ces appels concernent les enfants de 0 à 5 ans ;
- pour la population de jeunes 0 à 18 ans, **71 %** des appels concernent les enfants de **0 à 5 ans**.

Près de **85 %** des CLSC ont élaboré un plan d'intervention dans le cadre des **mesures d'urgence** (ex. : verglas, inondation, etc.).

Il y a diverses définitions de la notion de prévention.

PISTES DE SOLUTION

Convenir de la nécessité d'un **panier de services de base communs** à tous les CLSC afin d'assurer la priorité et l'uniformité des services offerts aux jeunes.

Reconnaître le leadership du MSSS dans la réalisation de travaux visant à convenir d'un panier de services de base communs à tous les CLSC en ce qui a trait à la jeunesse.

Favoriser l'amélioration du service **Info-Social**, de l'**aide à domicile** (auxiliaires familiaux), des services d'**orthophonie** visant les jeunes.

Prévoir des **ressources suffisantes** pour assurer l'amélioration et la consolidation des services offerts par les CLSC.

Convenir d'une définition commune de la notion de prévention et s'assurer de son adoption par tous les établissements et les organismes communautaires.

Favoriser l'élaboration et la mise à jour d'un plan d'intervention psychosociale dans le cadre des mesures d'urgence dans tous les CLSC.

Exiger que ce plan soit acheminé aux autorités des municipalités et du réseau de la santé et des services sociaux.

CHAPITRE 6 : SYNTHÈSE GÉNÉRALE

Dans ce chapitre qui présente la synthèse générale des principales données descriptives des deux programmes-clientèles, nous illustrons des éléments d'informations globales sur la population, les aspects financiers, les ressources humaines et autres informations sur les services (voir le tableau 35). Les données de cette synthèse serviront à appuyer en partie les réflexions formulées dans la dernière section de ce rapport.

Au Québec, 1 611 830 enfants répartis dans 16 régions sont âgés de 0 à 17 ans. Les dépenses totales pour les services prévus aux deux programmes-clientèles à l'intention des jeunes et de leur famille sont de 158 millions de dollars et le coût moyen par jeune est de 98,06 \$. Pour les CLSC de la région des Laurentides, le coût moyen par jeune est le plus bas, soit 66,56 \$, alors qu'il est de 204,30 \$ dans la région Nord-du-Québec. La région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine vient au second rang avec un coût moyen par jeune de 172,90 \$.

Les programmes-clientèles, Enfance-jeunesse-famille et Santé publique, totalisent 2 906 postes équivalents à temps complet pour les services offerts aux jeunes. La majorité de ces postes sont occupés par des infirmières (1 342) et des intervenants sociaux (940). Le coefficient des postes pour 1 000 enfants est de 0,68 pour le programme Enfance-jeunesse-famille et de 1,12 pour le programme-clientèle Santé publique. Si l'on exclut l'encadrement assuré par du personnel syndiqué, le coefficient d'encadrement clinique et administratif, excluant le personnel de soutien, est de 1 cadre pour 19 employés.

Durant l'exercice financier 1998-1999, nous estimons que le nombre d'usagers était de 714 617 et le nombre d'interventions, de 1 744 872. Les services du programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille ont été offerts à 5,5 % de toute la population de jeunes du Québec et ceux du programme Santé publique, à 39 %.

Le nombre moyen d'interventions pour le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille est de 5,6 par usager. Pour les services infirmiers des centres d'activités « Santé parentale et infantile » et « Services de santé en milieu scolaire », le nombre moyen d'interventions est de 2,2 par usager.

Tableau 35

Tableau synthèse

POPULATION 0-17 ANS	DÉPENSES EJF/SP	COÛT MOYEN PAR JEUNE	COÛT MOYEN LE PLUS ÉLEVÉ PAR JEUNE	COÛT MOYEN LE MOINS ÉLEVÉ PAR JEUNE
1 611 830	158 059 968 \$	98,06 \$	204,30 \$ (Région 10)	66,56 \$ (Région 15) Écart : (137,74 \$)

EFFECTIFS TOTAL	COEFFICIENTS POSTES/ 1 000 ENFANTS		COEFFICIENTS DE CADRES	ESTIMATION DU NOMBRE D'USAGERS	ESTIMATION DU NOMBRE D'INTERVENTIONS	NOMBRE MOYEN D'INTERVENTIONS PAR USAGER			ACCESSIBILITÉ	
	EJF	SP				EJF	SP(1)	SP(2)	SANTÉ	SOCIAL
EJF et SP 2 906	0,68	1,12	1/19	714 617	1 744 872	5,6	2,2	1,5	60 heures et +	
									56 %	52 %
									35 heures ou -	
									20 %	26 %

À l'examen de la figure 6, nous constatons les écarts de pourcentages entre les régions en ce qui a trait à la population, aux dépenses et aux postes.

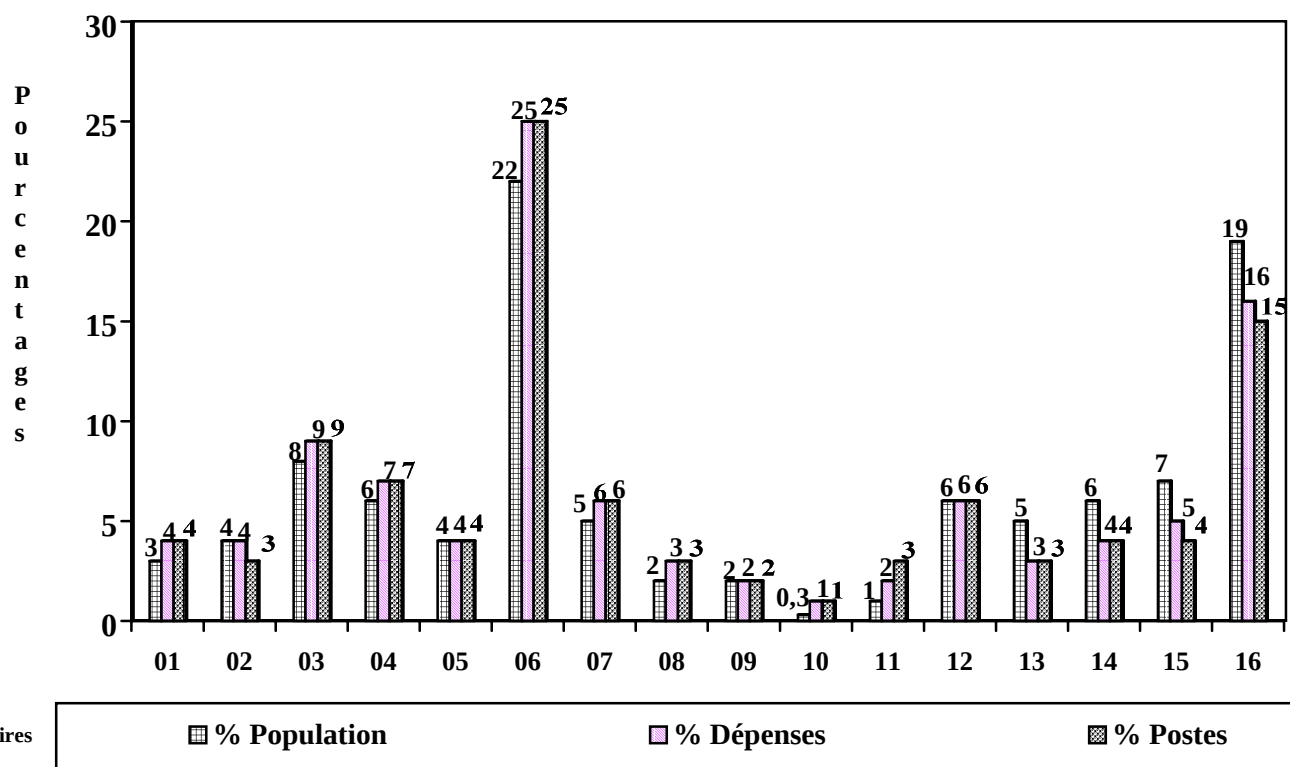
Le pourcentage de la population est inférieur aux pourcentages des dépenses et des postes dans les régions suivantes : Bas-Saint-Laurent (01), Québec (03), Mauricie et Centre-du-Québec (04), Montréal (06), Outaouais (07), Abitibi-Témiscamingue (08), Nord-du-Québec (10) et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11).

Par ailleurs, le pourcentage de la population est supérieur aux pourcentages des dépenses et des postes dans les régions des Laurentides (15), de Lanaudière (14), de Laval (13) et de la Montérégie (16). Les coûts moyens par jeune y sont également les plus bas.

L'écart entre le pourcentage de la population et les pourcentages des dépenses et des postes est plus considérable dans les régions de Montréal (06) et de la Montérégie (16).

Les pourcentages de la population, des dépenses et des postes sont égaux dans les régions de l'Estrie (05), de la Côte-Nord (09) et de Chaudière-Appalaches (12).

Figure 6
Pourcentage de la population, des dépenses et des postes
par région sociosanitaire



Un des objectifs de la présente étude était de doter le MSSS, les régions régionales et les CLSC d'un tableau de bord de gestion relativement aux services offerts aux jeunes par les CLSC et aux ressources dont ces derniers disposent pour le faire.

Les indicateurs d'évaluation des services et de l'administration (reddition de compte) pourront être convenus par le MSSS, les régions et les CLSC. À titre indicatif, les données de la synthèse générale (voir le tableau 35) sont des éléments qui peuvent être considérés dans le choix des indicateurs d'un tableau de bord.

CHAPITRE 7 : COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS

7.1 VIRAGE EN AMONT À CONSOLIDER

Dans le cadre de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, les services de maintien à domicile, le programme-clientèle destiné aux personnes âgées en perte d'autonomie et le service Info-Santé ont été globalement les priorités du MSSS, des régies régionales et des CLSC.

En ce qui regarde les jeunes, nous constatons, à la lumière des données recueillies, que, parmi les services offerts par les CLSC, ceux du programme-clientèle Santé publique semblent avoir connu une croissance plus importante que ceux du programme Enfance-jeunesse-famille. Nous reconnaissons aussi que les interventions dans le cadre du programme-clientèle Santé publique auprès des enfants de 0 à 5 ans ont eu, dans une certaine mesure, la priorité et que les activités de ce programme doivent être consolidées. Il faudrait que la même attention soit accordée aux autres groupes d'âge. En effet, le coefficient de postes pour 1 000 enfants, en ce qui concerne le programme Santé publique, est de 1,12, tandis qu'il est de 1,60 pour le groupe d'enfants de 0 à 5 ans. Le coût moyen par jeune du programme-clientèle Santé publique est de 60 \$, variant de 45 \$ à 125 \$ selon les régions. Certaines régions ne peuvent espérer obtenir des résultats satisfaisants tant que le coût moyen par jeune du programme Santé publique, en matière de services aux jeunes, se situera autour de 45 \$.

Selon les données obtenues, nous pouvons affirmer que le programme Enfance-jeunesse-famille n'a pas eu la même attention que d'autres programmes des CLSC. Il faut résolument mettre l'accent sur les activités préventives et curatives dans le secteur social. Ce secteur accuse un certain retard. Les interventions devraient être plus soutenues de la part de tous les acteurs, et particulièrement ceux des services psychosociaux et des services d'auxiliaires familiaux afin d'aider les parents dans leur rôle et de soutenir le développement de l'enfant car, les études le démontrent, de 10 à 15 % des enfants vont avoir des difficultés d'adaptation au cours de leur vie. Le coefficient pour le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille est de 0,72 poste pour 1 000 enfants, dont 0,26 poste pour 1 000 enfants en ce qui concerne les services d'orthophonie et d'auxiliaires familiaux et 0,46 poste d'intervenants sociaux (voir le tableau 21).

Peut-on réaliser un virage en ce qui a trait aux services de première ligne offerts aux jeunes et penser atteindre certains objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être du Québec* avec moins de 0,5 poste d'intervenant social pour 1 000 jeunes au Québec et un coût moyen par jeune dans le secteur social de 37 \$? Un tel coefficient de postes et un tel coût moyen par jeune peuvent expliquer en grande partie que la population ait recours à des services de deuxième ligne, faute d'avoir accès au bon service, au bon moment, en première ligne. Devant les problèmes sérieux et persistants que connaissent de plus en plus les CLSC, nous pouvons considérer que 5,6 interventions par usager dans le cadre du programme Enfance-jeunesse-famille sont insuffisantes pour les familles en grande difficulté (voir le tableau 26).

Le nombre total de postes pour les deux programmes-clientèles est insuffisant pour répondre adéquatement aux besoins. Par exemple, le rapport entre le nombre total de postes (2 906) et le

nombre moyen d'activités offertes par les CLSC (47) correspond à moins de 0,5 poste par activité. Des fonds additionnels dans ces deux programmes-clientèles sont donc nécessaires et ils devront favoriser une meilleure intégration de services entre le programme-clientèle de Santé publique et le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille.

7.2 ORGANISATION DES SERVICES

Un des défis actuels est d'organiser les services de façon à mieux répondre aux besoins des enfants, des adolescents et de leur famille. À cette fin, il faut améliorer l'accès aux services et assurer une interrelation des programmes s'adressant à des populations cibles et des programmes offerts à toute la population.

Au cours de nos rencontres régionales, les représentants des CLSC ont soulevé la difficulté, pour les enfants, d'avoir accès à des services de base et à des services spécialisés, notamment en pédopsychiatrie et en réadaptation spécialisée ainsi que pour des problèmes particuliers comme les abus sexuels. Il y a également, selon les régions, des mécanismes différents d'accès à ces services. De fait, pour un même problème, des parents peuvent s'adresser à différents établissements ou organismes. Certains requièrent les services d'un CLSC, d'autres contactent les centres jeunesse, un cabinet de médecin ou des ressources de la communauté.

Cette situation s'explique en grande partie par l'existence ou non de ressources spécialisées sur le territoire ou dans la région. À titre indicatif, les enfants ayant un problème d'hyperactivité sont généralement orientés vers la pédopsychiatrie. Dans les régions où le nombre de pédopsychiatres est limité, des CLSC ont lancé en collaboration avec des centres jeunesse, des écoles, des centres hospitaliers, des organismes communautaires et d'autres partenaires, un programme d'intervention multidisciplinaire propre à ce problème. Il serait intéressant de prendre davantage connaissance de ces expériences qui répondent aux besoins de la population et diminuent le recours systématique aux services de pédopsychiatrie.

Les difficultés d'accès à des services spécialisés sont notamment causées par un manque d'effectifs et l'absence de certains services pour la jeunesse. Nous considérons que ces difficultés d'accès pourraient être atténuées, bien sûr, par une augmentation des ressources mais aussi par la mise sur pied, sur une base locale, d'un seul service de première ligne d'accueil, d'évaluation et d'orientation à l'intention des jeunes et de leur famille. Ce service aurait, après évaluation, la responsabilité d'orienter les enfants et leur famille vers des services spécialisés correspondant à leurs besoins.

Dans cette perspective, il est aussi essentiel d'assurer une interrelation des différents programmes offerts aux familles, car la capacité des parents à répondre aux besoins des membres de la famille est dynamique et non statique. Elle évolue et cela signifie que la famille peut, à un moment donné, recevoir des services généraux offerts à toute la population et, à un autre moment, avoir recours aux services plus soutenus d'un programme particulier s'adressant à une population cible. La famille peut ensuite recevoir de nouveau des services généraux, le cas échéant.

L'orientation d'une famille vers un service de base ou un programme s'adressant à des jeunes plus vulnérables est conditionnelle à une évaluation diagnostique de qualité. Les CLSC doivent moduler leurs services en fonction des besoins évalués, d'où l'importance de disposer d'outils standardisés

permettant une évaluation adéquate. De même, l'élaboration d'un plan d'intervention s'avère essentielle ; cette pratique devrait être obligatoire et inscrite dans une programmation bien définie.

Les enfants, les adolescents et leur famille reçoivent, par l'intermédiaire des CLSC, des services généraux de base ou bénéficient de services plus particuliers selon leurs besoins. Ces services ont donc à la fois un caractère universel car ils s'adressent à l'ensemble des enfants et à leur famille, et un caractère sélectif, en ce qu'ils s'adressent à des familles qui risquent fort de connaître des problèmes importants. Parmi les programmes particuliers qui sont modulés en fonction de besoins et de critères précis, nous pouvons citer, à titre d'exemple : Naître égaux - grandir en santé, Fluppy, SAEM (programme de prévention et d'intervention adapté à la famille et au milieu de garde) et Déficit de l'attention et hyperactivité.

Afin de faciliter aux jeunes et aux familles le passage d'un type de services à un autre, il est impératif que des ponts soient bien établis entre ces services, qui doivent s'adapter aux besoins des familles et non l'inverse. L'implantation prévue du projet pour les jeunes parents (0 à 5 ans), projet issu du Sommet de la jeunesse, devrait se faire de façon à être coordonnée avec les programmes existants.

7.3 AXES D'INTERVENTION

L'analyse des données de notre étude soulève des réflexions sur différents aspects tels que les services curatifs, les déterminants de la santé, le soutien aux familles et la mobilisation de la communauté dans la résolution de problèmes communautaires.

Compte tenu des besoins importants des enfants et d'une certaine limite des interventions actuelles pour faire face à certains problèmes, nous devons prêter une attention spéciale à l'aspect curatif et adopter des approches de traitement mieux adaptées aux besoins particuliers. Pour cet axe d'intervention, selon les données recueillies (voir le tableau 24), il apparaît évident que les CLSC n'ont pas obtenu les ressources suffisantes pour offrir aux jeunes des services de réadaptation tel qu'il est indiqué dans leur mission. En conséquence, les jeunes ont une accessibilité limitée aux services de réadaptation de première ligne des CLSC et le nombre de placements de jeunes dans les centres de réadaptation des centres jeunesse est en croissance constante depuis quelques années. L'hébergement en centre de réadaptation est parfois utilisé en raison d'une absence d'interventions soutenues dans le milieu familial. Le deuxième rapport du comité Lebon, en janvier 2000, avait soulevé ce problème :

(...) l'engorgement quasi permanent des places en hébergement de réadaptation, il y aurait lieu d'examiner d'autres alternatives au placement. Dans cette perspective, l'intervention intensive de réadaptation à l'externe devrait faire l'objet d'une attention toute spéciale. Pourrait-on imaginer obtenir une intensité de services comparables à l'intensité des services offerts aux personnes dans les programmes MAD et SIMAD des CLSC (heures/services hebdomadaires : fréquence, intensité, durée)²¹ ?

²¹ Liste d'attente en protection de la jeunesse et accessibilité aux services jeunesse, Bilan 1998-1999, de Rapport Lebon : un an plus tard..., Groupe d'experts en organisation clinique en matière jeunesse, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, p.26.

Non seulement les placements dans les centres de réadaptation sont coûteux, mais certains auraient pu être évités s'il y avait davantage de possibilités autres que le placement. Ces placements dans les centres de réadaptation nécessitent un financement additionnel d'année en année limitant d'autant les ressources financières pour des activités de prévention des problèmes. À l'instar des services de première ligne offerts aux personnes âgées en dehors des centres d'hébergement, des services soutenus de réadaptation doivent être développés afin de maintenir davantage les jeunes dans leur milieu familial. Dans cette perspective, nous réitérons qu'il serait opportun de mettre sur pied de tels services en fonction des besoins des jeunes et de leur famille (horaire et fréquence des services adaptés aux besoins du jeune et de sa famille).

D'autres axes d'intervention ont fait l'objet d'une réflexion antérieurement. Le deuxième axe est celui des déterminants de la santé. Il est urgent d'accentuer davantage nos actions sur l'un de ces déterminants : la pauvreté. L'étude réalisée récemment par le Groupe sur les inadaptations sociales de l'enfance, dirigée par Robert Pauzé de l'Université de Sherbrooke, démontre clairement le lien entre le recours aux services d'aide et la pauvreté, particulièrement par les familles monoparentales. Voici un extrait de cette étude :

Les familles desservies par les centres jeunesse sont pauvres ; elles sont même très pauvres (...) Il s'agit de mères seules avec un revenu inférieur à 20 000 \$. Il y a lieu de se demander si ces caractéristiques hautement corrélées à la négligence font l'objet de toute l'attention qu'elles méritent de la part des intervenants²².

La pauvreté des familles monoparentales appelle un soutien direct aux familles. À ce sujet, la *Politique de la santé et du bien-être* commande que nos services soient mieux adaptés aux besoins des familles. Faute de soutien adéquat, ces familles ont l'impression d'être abandonnées par le système qui voulait initialement leur fournir un appui afin de leur permettre de mieux assumer les responsabilités et les rôles parentaux. Ces mêmes familles considèrent être mieux soutenues par les services des programmes-clientèles Santé physique et Santé publique. Le secteur social devrait être en mesure d'offrir des services tout aussi satisfaisants.

Soutenir les parents signifie leur accorder une aide thérapeutique mais aussi une aide concrète, c'est-à-dire une allocation ou toute autre mesure concrète pouvant procurer du répit à un parent économiquement défavorisé. Cette forme d'aide permettrait à un parent dans cette situation et qui a un réseau familial et social plus limité de persévérer dans son rôle parental. À titre d'exemple, une mère monoparentale, avec trois jeunes enfants présentant des difficultés de comportement, qui dispose de ressources limitées sur les plans familial et social est plus exposée à éprouver des difficultés à éduquer ses enfants en raison du poids de ses responsabilités. Des services de répit offerts aux parents dans d'autres programmes-clientèles tels que Déficience intellectuelle, Déficience physique et Santé mentale évitent, dans plusieurs cas, le retrait de l'enfant du milieu familial. Précisons que les dépenses pour les services de répit ou de dépannage offerts aux familles en difficulté par les 143 CLSC ne totalisaient qu'une somme de 1 173 318 \$ en 1998-1999 ; ce montant correspond à un coût moyen par jeune de 0,73 \$ dans le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille.

²² Robert PAUZÉ, Jean TOUPIN, Michèle DÉRY, Henri MERCIER, Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance, *Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des premiers mois*, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 2000, p.38.

Le troisième axe d'intervention sur lequel nous devons insister concerne la communauté, qu'il est important de mobiliser pour résoudre des problèmes sociaux. Même si le nombre de jeunes diminue d'année en année et que nous prévoyons une baisse de 20 % en 2017, les demandes de services augmentent et les problèmes familiaux sont plus complexes. La population aura toujours besoin de services, mais il faut considérer certains problèmes sous des angles différents. Les interventions doivent être « proactives » et mobilisatrices des ressources de la communauté pour éviter que des problèmes s'aggravent au point qu'ils nécessitent le recours à des services spécialisés.

Il serait important de poursuivre l'expérience de services intégrés par la formation d'équipes de services intégrés à l'intérieur de notre secteur et entre les secteurs comme l'éducation, les centres de la petite enfance, l'économie, etc. Nous croyons que ces équipes devraient s'occuper d'une population davantage circonscrite, c'est-à-dire d'un secteur géographique plus restreint afin de créer des liens solides avec les ressources du milieu et d'accroître le sentiment d'appartenance des acteurs sociaux à la communauté. En d'autres mots, ces équipes pourraient offrir des services préventifs et curatifs selon une approche désinstitutionnalisée, dans des milieux géographiques restreints, une approche qui serait mobilisatrice de partenaires à l'intérieur d'un secteur d'intervention ou entre secteurs.

Nous croyons que l'intégration du secteur de la santé et du secteur social dans les CLSC représente une valeur ajoutée en matière d'intervention et qu'elle pourrait s'étendre pour englober d'autres professions (par exemple, les médecins) afin de maximiser les résultats des interventions liées à des problèmes complexes. Il est donc essentiel que différents types de ressources soient mises à contribution, des ressources autant internes qu'externes. Devant l'ampleur et la complexité de certains problèmes, un organisme ou une profession ne peuvent plus prétendre pouvoir résoudre certaines difficultés sans l'aide de partenaires.

Il existe actuellement une base importante de services offerts par les CLSC, surtout pour la petite enfance. Toutes les naissances sont généralement connues des CLSC et les services de périnatalité sont accessibles et considérés comme la porte d'entrée des services sociaux et de santé. Les CLSC sont donc en mesure de dépister les situations à risque ; la mobilisation des ressources requises pour répondre aux besoins des personnes en difficulté est toutefois conditionnelle à la disponibilité des ressources internes et externes.

7.4 PRINCIPAUX CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

7.4.1 Aspects cliniques et administratifs

Dans la présente section, nous regroupons les principaux constats de notre rapport relatifs aux services offerts et à l'administration et nous faisons des recommandations aux autorités du ministère, des régies régionales et du CLSC. Ces constats et recommandations découlent de l'analyse des données recueillies dans tous les CLSC et des échanges survenus à l'occasion de la présentation et de la validation de nos données dans les régions. Les régies régionales, les CLSC et les principaux partenaires régionaux ont participé à ces réunions qui ont permis à tous de mieux apprécier la valeur des services offerts aux jeunes par les CLSC et la contribution des CLSC au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

Aspects cliniques

CONSTATS	RECOMMANDATIONS
Virage en amont	
1. Le virage en amont est amorcé dans les CLSC, il s'est fait principalement en santé, peu en social (coefficients : 0,68 intervenant pour 1 000 enfants dans le programme-clientèle Enfance-jeunesse-famille et 1,12 intervenant pour 1 000 enfants dans le programme-clientèle Santé publique).	➤ Soutenir directement les familles (<i>Politique de la santé et du bien-être</i>, p.36) ; ➤ Agir sur les déterminants de la santé (la pauvreté) ; ➤ Accorder la priorité au développement social des enfants de 0 à 5 ans. Intervenir de façon intensive (services psychosociaux, aide à domicile - auxiliaires familiaux par exemple afin d'augmenter la compétence des parents. ➤ Assurer la continuité et la complémentarité des services pouvant s'adresser à la population en général ou à une population (interrelation des services).
Priorité aux jeunes	
2. Le volet jeunesse n'a pas eu la même attention que d'autres volets dans les CLSC.	➤ Accorder la priorité au volet jeunesse dans les CLSC et protéger les budgets alloués aux services offerts à la jeunesse par les CLSC.
Services intégrés et actions novatrices	
3. Il y a peu d'expériences d'équipes de services intégrés à l'intérieur de notre secteur et entre les secteurs. Une augmentation des demandes de services est prévisible.	➤ Former des équipes de services intégrés en regroupant, selon un milieu géographique (ex: quartier), des acteurs des CLSC, des CJ, des milieux scolaire, communautaire, municipal et des centres de la petite enfance. ➤ Responsabiliser ces équipes par rapport à une population donnée. ➤ Innover par une approche « proactive », mieux adaptée aux besoins d'une population d'un secteur géographique restreint (ex. : quartier). ➤ Mettre en œuvre des programmes de prévention selon une approche inter-sectorielle : santé, services sociaux, éducation, économie, etc. ➤ Favoriser, par une approche communautaire, la contribution des personnes vivant dans cette communauté (ex: intervention dans des HLM pour mobiliser les locataires, CLSC, DPJ, municipalité, police, Office d'habitation, etc).

Vaccination	
4. Il y a un écart dans le taux de vaccination des enfants d'une région à l'autre et des ententes ont été conclues dans certaines régions avec les médecins pour que la vaccination soit assurée par les infirmières des CLSC (tous les vaccins pour les enfants de 0 à 2 ans sont administrés par les infirmières de CLSC dans huit régions).	➤ Conclure des ententes régionales (CLSC, médecins, cabinets privés) pour accroître le taux de vaccination par les infirmières des CLSC, particulièrement dans les régions où il y a une pénurie de médecins.
Services en milieu scolaire	
5. Il y a ambiguïté quant aux responsabilités du MSSS et du ministère de l'Éducation (MEQ) au regard des services aux enfants ayant des difficultés d'adaptation sociale, et il y a insuffisance de ressources humaines issues des CLSC en milieu scolaire par rapport aux besoins (demandes de services, orientation vers des services spécialisés etc.).	➤ Clarifier de nouveau les champs d'activités et les responsabilités respectives du MSSS et du MEQ (mise à jour du cadre de référence). ➤ Assurer la réalisation des plans d'action conjoints du MSSS et du MEQ. ➤ Ajuster les effectifs des CLSC en milieu scolaire, (santé : 1 intervenant pour 1 914 jeunes, 1 pour 5 écoles; social : 1 intervenant pour 2 872 jeunes, 1 pour 12 écoles). particulièrement dans le secteur social et au cycle primaire.
Services soutenus de maintien dans le milieu de vie	
6. Il y a augmentation des placements en centre de réadaptation (centre jeunesse) et absence, dans les CLSC, de services soutenus de réadaptation dans le milieu familial.	➤ Mettre sur pied des services de maintien à domicile pour les jeunes, à l'instar des services aux personnes âgées, en offrant notamment des services soutenus à l'extérieur des centres d'hébergement, et voir à ce que ces services soient adaptés aux besoins des jeunes et de leur famille (nombre et durée d'intervention directement proportionnels aux besoins du jeune et de sa famille).
Services spécialisés	
7. Les critères et les mécanismes d'accès aux services spécialisés sont variables. Il y a des difficultés d'accès à des services de deuxième ligne, par exemple en pédopsychiatrie.	➤ Créer, sur une base locale un seul service de première ligne d'accueil, d'évaluation et d'orientation, qui verra à orienter les usagers vers des services spécialisés du réseau de la santé et des services sociaux (une porte d'entrée unique du réseau). ➤ Concevoir et mettre en œuvre des programmes d'intervention multidisciplinaire dans les CLSC afin de diminuer le recours aux services spécialisés.

Orthophonie	
8. Il y a absence ou insuffisance de services d'orthophonie, ce qui occasionne entre autres, des problèmes d'adaptation au moment de l'entrée à l'école.	➤ Pourvoir dans chaque territoire de CLSC des ressources humaines et financières requises pour des services d'orthophonie.
Plan d'intervention	
9. Peu de plans d'intervention sont élaborés (LSSSS, article 102).	➤ Faire adopter par le MSSS un règlement visant à favoriser l'élaboration des plans d'intervention prévus dans la LSSSS. ➤ Voir à ce que chaque établissement adopte un règlement de régie interne assurant l'élaboration et la révision des plans d'intervention.

Aspects administratifs

Ressources financières	
10. Il y a disparité de ressources financières entre les régions et entre les CLSC d'une même région.	➤ Diminuer les écarts financiers (coût moyen par jeune) afin de permettre à tous les CLSC d'offrir des services de base communs au volet jeunesse. ➤ Déterminer un indice de « défavorisation » afin de tendre à plus d'équité entre les régions et à l'intérieur d'une même région. ➤ Établir la richesse relative, en ce qui a trait à la jeunesse, par région et par territoire de CLSC, en tenant compte des dépenses totales en matière de services aux jeunes offerts par les établissements et organismes du territoire.
Évaluation des ressources et des services « reddition de comptes »	
11. Il y a absence d'évaluation des ressources et des services offerts aux jeunes par les CLSC, « reddition de compte » limitée, à l'exception de certains programmes de santé publique et Info-Santé).	➤ Élaborer, en collaboration avec les CLSC, un tableau de bord des CLSC sur les ressources et les services offerts aux jeunes. ➤ Convenir des éléments d'évaluation. ➤ Désigner un service au MSSS, qui aura pour tâche de suivre et de tenir à jour l'évolution de ces données (faire les ajustements requis, le cas échéant).

Budgets protégés	
12. Les ressources financières consenties pour les services aux jeunes ne sont pas protégées.	➤ Allouer des ressources financières spécialement pour jeunes (enveloppe fermée pour les programmes préventifs et curatifs).
Services de base communs (panier de services)	
13. L'accès à un CLSC varie de l'un à l'autre à cause de la disparité et de la diversité des services offerts par les CLSC.	➤ Reconnaître au MSSS la tâche de déterminer les services de base communs, tâche amorcée par l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, et voir à ce que tous les CLSC adoptent cette base.
Prévention	
14. Il y a différentes définitions de la notion de prévention par les diverses directions du secteur de la santé publique (MSSS, régies régionales et par les établissements et les organismes communautaires du réseau de la santé et des services sociaux).	➤ Convenir d'une définition commune de la notion de prévention et assurer son adoption.
Accessibilité	
15. Plus de 50 % des CLSC sont accessibles 60 heures et plus. Environ 25 % des CLSC sont accessibles 35 heures ou moins.	➤ Assurer l'accessibilité aux services à la jeunesse pendant 60 heures par semaine dans l'ensemble des CLSC.

ANNEXE 1

PARAMÈTRES DE L'ÉTUDE

L'objet de notre étude sur les services offerts aux enfants, aux adolescents et à leur famille par les CLSC concerne deux des huit programmes-clientèles du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Ces deux programmes-clientèles sont Enfance-jeunesse-famille (EJF) du champ d'activités, Adaptation sociale et Santé publique (SP), du champ d'activités du même nom.

Ces champs d'activités et les programmes-clientèles ont été conçus afin d'établir les ressources financières nécessaires au fonctionnement de leurs centres d'activités respectifs.

Champs d'activités (5)		Programmes-clientèles (8)	
1.	Santé physique	1.1	Santé physique
2.	Santé publique	2.1	Santé publique
3.	Santé mentale	3.1	Santé mentale
4.	Intégration sociale	4.1	Personnes âgées en perte d'autonomie
		4.2	Déficiência intellectuelle
		4.3	Déficiência physique
5.	Adaptation sociale	5.1	Enfance-jeunesse-famille
		5.2	Toxicomanie

Au regard de la Santé publique, nous analysons dans le présent rapport les centres d'activités du programme-clientèle Santé publique et non pas les programmes de la Direction générale de la santé publique. Il faut donc distinguer les programmes d'intervention de la Direction de la santé publique et le programme-clientèle Santé publique, qui regroupe des centres d'activités, afin d'en établir les besoins financiers.

Les données que nous présentons sont issues de l'exercice financier se terminant le 31 mars 1999. De plus, ces informations ont fait l'objet d'une validation auprès de chacun des CLSC, ce qui a permis d'avoir un portrait fidèle de la réalité. L'étude a été réalisée auprès de 143 CLSC sur un total de 146 au Québec, étant donné que les trois CLSC des régions du Nunavik et des Terres-Cries de la Baie-James ont déjà fait respectivement l'objet d'une analyse.

ANNEXE 2

SOMMAIRE DES RÉSULTATS RÉGIONAUX

ANNEXE
SOMMAIRE DES RÉSULTATS RÉGIONAUX

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	Québec
Pop. 0 - 17	43 553	66 356	125 574	102 842	64 854	353 733	76 959	39 474	25 034	4 391	22 053	89 597	77 264	99 624	112 543	307 979	1 611 830
%	3	4	8	6	4	22	5	2,5	2	0,3	1	6	5	6	7	19	
Budget EJJF-SP	6 790 564	5 988 954	14 323 354	10 775 634	6 151 300	39 042 489	8 810 117	4 833 822	3 464 211	897 154	3 812 861	9 008 573	5 434 056	6 699 949	7 490 657	24 536 273	158 059 968
%	4	4	9	7	4	25	6	3	2	1	2	6	3	4	5	16	
Per capita	155,91	90,25	114,06	104,78	94,85	110,37	114,48	122,46	138,38	204,32	172,9	100,55	70,33	67,25	66,56	79,67	98,06
Rang	3	12	6	9	11	8	7	5	4	1	2	10	14	15	16	13	
Écart moy. Qué.	+ 57,85	- 7,81	+ 16,00	+ 6,72	- 3,21	+ 12,31	+ 16,42	+ 24,40	+ 40,32	+ 106,26	+ 74,84	+ 2,49	- 27,73	- 30,81	- 31,50	- 18,39	
Per capita + élevé	212,01	116,00	218,23	156,86	128,45	282,15	177,04	192,18	223,18		228,96	167,47	81,03	111,44	127,41	115,47	204,3
	CLSC de la Vallée	CLSC Jonquière	CLSC Basse-ville Limoilou	MRC Maskinongé	MRC d'Asbestos	CLSC des Faubourgs	CLSC, CHSLD, CH du Pontiac	Centre Santé Ste-Famille	Centre Santé Nord-Côtier		MRC Denis-Riverin	MRC des Etchemins	CLSC du Marigot	Matawinie	CLSC Haute-Laurentides	CLSC de la Haute-Yamaska	Région 10
Per capita - élevé	122,88	71,56	78,81	80,84	79,00	45,93	78,04	98,44	99,74		138,20	57,00	63,31	59,15	51,98	49,95	66,56
	Rés. Santé Kamouraska	CLSC Le Norois	CLSC de la Jacques-Cartier	CLSC Drummond	CLSC Gaston-Lessard	CLSC Pierrefonds	de la Grande-Rivière	CentreSanté Vallée de l'Or	Manicouagan		CLSC Malauze	CLSC Paul-Gilbert	Ste-Rose de-Laval	CLSC Lamater	CLSC Thérèse-de-Blainville	Valée-du Richelieu	Région 15
Écart	83,13	44,44	139,42	76,07	49,45	236,22	99,00	93,74	123,44		90,73	110,47	17,72	52,29	75,43	65,42	137,74
Effectif total	118,21	98,37	255,75	201,29	108,08	737,63	161,51	87,85	69,33	18,1	77,93	177,33	97,36	122,7	128,35	446,17	2905,96
%	4	3	9	7	4	25	6	3	2	1	3	6	3	4	4	15	
Coefficient cadre	1/18	1/18	1/24	1/19	1/23	1/17	1/26	1/13	1/18		1/12	1/22	1/21	1/28	1/17	1/18	1/19
ESTIMATION																	
Nb. Usagers																	714 617
Nb. Interventions																	1 744 872
Nb. moy. Interv.																	
EJJF	6,1	4,9	5,9	4,1	4,5	7,2	6,5	4,7	5,6	5,0	5,2	5,7	6,9	4,5	5,7	4,9	5,6
SP (1)																	2,2
SP	1,3	1,5	1,6	1,3	2,1	1,7	0,,9	1,6	1,3	1,5	1,6	1,8	1,5	1,1	1,5	1,4	1,5
Accessibilité 60hrs +																	
Santé	0%	0%	88%	64%	75%	83%	57%	33%	83%	0%	17%	64%	100%	0%	14%	53%	56%
Social	0%	0%	88%	64%	50%	93%	72%	0%	20%	0%	0%	55%	100%	0%	57%	47%	52%

