

Université de Montréal

Plan d'implantation de l'intervention interdisciplinaire dans l'équipe des services intégrés  
de la clientèle petite-enfance, 0-5 ans du CSSS de Sorel-Tracy, mission CLSC

Par  
Isabelle Duguay

Diplôme d'études supérieures spécialisées  
Faculté des études supérieures

Projet d'intégration présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de DESS  
en petite-enfance

Novembre, 2005

© Isabelle Duguay, 2005

## **INTRODUCTION**

L'interdisciplinarité est une approche qui définit les paramètres spécifiques d'un fonctionnement en équipe où différents professionnels sont représentés. C'est un cadre clinique, une approche visant la cohésion des différents acteurs impliqués auprès du client qui constitue le point de rencontre et le centre des préoccupations. Le but de cette approche est de favoriser une planification d'une offre de services concertée afin d'assurer des soins et services de meilleure qualité, tout en respectant le caractère holistique de la personne.

Le présent travail a été effectué dans le cadre d'un projet d'intégration individuel à l'intérieur du programme de DESS en Petite enfance de la faculté des études supérieures de l'Université de Montréal. L'un des objectifs de cette formation spécifique est de mettre en lumière les notions de l'approche interdisciplinaire reliées aux pratiques cliniques et celles de réseaux desservant la clientèle enfants âgés de 0 à 6 ans.

Ce projet vise à documenter et à promouvoir, par l'entremise d'un plan d'implantation, une formule de travail d'équipe répondant aux critères de l'approche interdisciplinaire destinée aux différents membres d'une équipe de travail oeuvrant auprès des enfants et de leurs familles.

Nous y retrouverons notamment : les principales bases théoriques qui sous-tendent les pratiques interdisciplinaires, un modèle d'élaboration d'une offre de services respectant ses critères et les éléments logistiques nécessaires à son déploiement au sein des équipes d'intervention. Il tient aussi compte de la réalité du réseau actuel, des programmes d'intervention en matière de services destinés à la petite enfance et de la dynamique relevant de la concertation entre les différents partenaires et établissements.

*Tous droits de reproduction, d'adaptation intégrale ou partielle sont strictement protégés et réservés par la Loi du droit d'auteur*

## **1. Le réseau de santé et des services sociaux pour la clientèle de la petite enfance**

Bien que le réseau de la santé et des services sociaux québécois soit reconnu positivement concernant sa large gamme de services qu'il peut offrir à une population, il est parfois complexe et difficile de s'y retrouver. Les différentes disciplines et les institutions autant publiques que privées comportent une variété de services destinés à l'enfant à travers leurs mandats et leurs pratiques respectives.

Ce portrait du réseau des services pour la clientèle de la petite enfance porte sur sa structure actuelle. Elle subira sans doute des changements organisationnels futurs dus aux conséquences de l'adoption, en 2003, de la loi sur la création de réseaux locaux de services par le gouvernement du Québec. Les buts fixés par cette nouvelle législation sont, entre autres, de permettre une meilleure intégration des services et de favoriser une continuité et une accessibilité à travers les différents paliers du réseau de la santé et des services sociaux.

Cette initiative impliqua une réorganisation de la structure du système regroupant les différents établissements et par le fait même, de nouvelles façons d'en gérer les intérêts et le fonctionnement. Un élément significatif dans cette réforme est sans aucun doute la création des instances régionales qui portent le nom de *Centre de santé et de services sociaux (CSSS)*. Ces établissements sont nés de la fusion des établissements *CLSC (Centre local de services communautaires)* des *CHSLD (Centre hospitalier de soins de longues durées)* et des *CH (centre hospitalier)*. Le CSSS est chapeauté par les agences régionales qui sont elles mêmes reliées directement au ministère de la santé et des services sociaux (voir figure 1).

Une description sommaire des rôles et responsabilités de chacun des organismes qui desservent cette clientèle et leur famille est présentée selon les différents paliers de services et en fonction de leurs missions distinctes. Une vue d'ensemble du réseau permettra de mieux comprendre le cheminement d'un dossier à travers ce réseau de

services. Notons que les réalités et le fonctionnement des réseaux tendent à varier d'une région à l'autre selon les ententes inter-établissements et leur régie interne.

### **1.1 Le ministère de la santé et des services sociaux**

***La coordination interrégionale, les politiques nationales de santé publique, les cadres de gestion, l'approbation des priorités régionales.***

Sous la responsabilité du *Ministre de la santé et des services sociaux*, le **Ministère de la santé et des services sociaux** est l'unique responsable au niveau gouvernemental de l'organisation des services. Son rôle premier est de voir au fonctionnement général des grandes lignes directrices et des orientations du système. Le ministère alloue les ressources budgétaires et évalue les résultats obtenus en fonction des orientations fixées. Il est aussi responsable des **agences de la santé et des services sociaux** de chaque territoire, à l'échelle provinciale, qui sont mandatées à la planification et la gestion des ressources ainsi qu'à la redistribution des budgets.

Ces agences coordonnent les **CSSS (Centre de santé et de services sociaux)** et les partenaires du réseau local, dont font partie les médecins et les établissements de services spécialisés (voir figure 1). C'est à partir de ces établissements que les offres de services à la clientèle se concrétiseront.

Figure 1



Source : (e.g. reproduit de Santé et Services sociaux Québec. Le système de santé et de service sociaux du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2004)

## 1.2 Les services de première ligne

***Les services de prévention, d'évaluation, d'orientation, de dépistage, de diagnostic, de traitement, de soutien et d'intégration***

Les services de premières lignes regroupent les services médicaux et sociaux généraux destinés à l'ensemble de la population.

Les **missions CLSC du CSSS** offrent des services de promotion et de prévention de la santé destinés à l'ensemble de la population et à une clientèle spécifique ayant des critères de vulnérabilité. Par ses actions et ses programmes en péri-natal, en post-natal et au niveau de la petite enfance, ses objectifs d'intervention favorisent le

développement global maximal de l'enfant et leur intégration sociale en support aux familles. Les missions CLSC travaillant auprès des enfants sont en mesure d'effectuer, en mode préventif, du dépistage précoce, de la stimulation précoce, des services de conseils psychosociaux, des services favorisant l'intégration sociale et scolaire des enfants et des programmes d'aide financière afin de répondre à des besoins de répit. Les CLSC sont généralement identifiés comme « les guichets d'accès » à l'ensemble des services publics du réseau.

Les **CPE (Centres de la petite enfance)** accueillent les enfants, du poupon à l'âge scolaire, afin de dispenser des services de garde. Chaque CPE est rattaché à un regroupement régional des services de garde. Leurs objectifs sont d'offrir des services de garde de qualité en favorisant le développement global de l'enfant, dans un contexte de respect, de plaisir et en partenariat avec les parents. Les enfants ayant des besoins particuliers peuvent bénéficier d'une aide complémentaire afin de favoriser leur intégration par le biais du programme de subvention pour enfant handicapé. Les nombreuses demandes de services de garde peuvent entraîner des délais d'attente.

Les **commissions scolaires** disposent généralement d'un service de préparation à l'entrée scolaire pour les enfants de 4 ans, soit par le biais des classes de pré-maternelle ou des programmes de type « Passe-Partout » qui visent le développement de nouvelles habiletés en vue de favoriser l'intégration scolaire.

La mission **Centre hospitalier** du CSSS dispense des services médicaux généraux ainsi que des diagnostics de base. Les départements de pédiatrie ainsi que les services de santé courants sont disponibles généralement à un palier local selon le lieu de résidence.

L'ensemble des **cabinets de médecins omnipraticiens** et les **cabinets privés de consultation** de différents spécialistes offrent des consultations médicales, des services de références et de soutien diagnostic.

Par ailleurs, les **organismes communautaires** peuvent œuvrer auprès de la clientèle petite enfance, selon leurs missions respectives. Les garderies privées, les maisons de la famille, les organismes de répit, les associations de parents en sont quelques

exemples. Ils se retrouvent sur chacun des territoires locaux. Les organismes communautaires demeurent complémentaires et alternatifs au réseau public et parapublic. Ils collaborent à l'intégration de l'enfant dans sa famille et dans son milieu de vie.

### **1.3 Les services de deuxième ligne**

#### ***Les services de réadaptation, de traitement, de soutien et d'intégration***

Les services de deuxième ligne sont des services sociaux, de santé et de réadaptation spécialisés, destinés aux enfants ayant des besoins spécifiques préalablement reconnus et identifiés.

Le **CRDI (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle)** est un centre dispensant des services d'adaptation, de réadaptation, d'intégration sociale, d'accompagnement et de support par une équipe de divers professionnels. Il est destiné aux enfants âgés entre 0-5 ans ayant des retards significatifs de développement et aux enfants 0-18 ans ayant une déficience intellectuelle identifiée, associée ou non à différents syndromes génétiques et amenant des retards de développement. Les enfants vivant avec un trouble envahissant du développement avec ou sans déficience intellectuelle sont aussi desservis par cette ressource.

Des points de services du CRDI se retrouvent dans chacun des territoires des CSSS.

Les références au centre afin de recevoir des services se font généralement par la recommandation des professionnels du service à l'enfance des missions CLSC. Elles doivent comporter des évaluations pertinentes documentant le profil de l'enfant. La demande est ensuite analysée par un comité d'admission qui statue sur l'admissibilité de l'enfant. Des délais d'attente afin de recevoir des services restent actuellement présents pour cette ressource.

Le **CMR (Centre Montérégien de réadaptation)** est un centre de réadaptation qui offre des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale. Il s'adresse aux personnes de tout âge présentant ou susceptibles de présenter soit une déficience significative et persistante de la motricité, soit une déficience auditive ou des troubles du langage ou de la parole.

Les soins sont offerts via une équipe multidisciplinaire composée de différents professionnels répondant à la spécificité de chaque programme.

Le CMR assiste les enfants ayant tout autre diagnostic d'incapacité physique. Il offre des services de réadaptation aux enfants accidentés de la route (*programme de neurotraumatologie*). Il répond aussi aux besoins d'aides techniques relatives aux sphères motrices et auditives (*programme des aides techniques*).

L'accès aux services se fait par référence d'un professionnel de la santé afin de clarifier le diagnostic ou l'hypothèse diagnostique et situer les besoins du client en réadaptation. Les demandes sont acheminées à un service d'accueil qui statue sur l'admissibilité du client. Certains programmes présentent des délais d'attente en regard à la prise en charge effective de l'enfant.

Les **Centres jeunesse** sont des établissements référant à l'article 38 sur la loi de la protection de la jeunesse. Ils traitent des situations où le développement et la sécurité de l'enfant sont compromis et assurent, de façon légale, que leurs droits soient respectés. Ce service s'adresse aux enfants âgés entre 0 et 17 ans.

Des équipes de professionnels travaillent à différents niveaux selon les besoins de protection. Ils reçoivent et traitent les signalements par l'ensemble de la population et/ou les partenaires oeuvrant dans les différents établissements. Ils interviennent lors de situations d'urgence sociale, évaluent et orientent les enfants vers le maintien en milieu naturel ou vers une famille alternative. Les centres jeunesse sont aussi responsables de l'évaluation des postulants concernant le volet québécois de l'adoption des enfants et répondent aux demandes en matière d'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfant.

L'acceptation ou non du signalement, menant à une éventuelle prise en charge, est basée sur l'analyse du signalement par une équipe régionale centralisée. Sous la recommandation du délégué, représentant de la loi de la protection de la jeunesse, les équipes territoriales assureront une évaluation et/ou un suivi du dossier s'il y a lieu.

Le volet **Centre hospitalier** du CSSS offre de façon générale des services de deuxième ligne aux enfants via leur département de pédopsychiatrie. En effet, les enfants



présentant des difficultés d'ordre psychique ou émotionnel ainsi que des problèmes d'adaptation majeurs sont en mesure de recevoir des évaluations, un diagnostic ou un suivi relié à leurs besoins.

#### **1.4 Les services de troisième ligne**

##### ***Les services de diagnostic, de réadaptation, de traitement et d'orientation***

Les services de troisième ligne apparaissent comme des services spécialisés et surspécialisés de santé.

Lorsque l'enfant requiert des soins reliés à des besoins spécifiques ou complexes et auxquels les instances locales ne peuvent répondre, les différents professionnels et les parents ont une possibilité d'orienter les demandes vers des services offerts par les centres hospitaliers de type tertiaire, à vocation suprarégionale.

Ces services généralement établis à l'extérieur du territoire local sont accessibles avec une référence médicale ou une recommandation clinique provenant des médecins traitants ou professionnels oeuvrant dans les organismes de première et de deuxième ligne (ou les deux). **L'hôpital Sainte-Justine, le centre de réadaptation Marie-Enfant et la clinique des troubles complexes** en sont des exemples.

Ainsi, des cliniques spécialisées en pédiatrie, en périnatalogie, en évaluation médico-légales, d'urgence santé, de néonatalogie, de centre de développement, des cliniques d'attachement, de la réadaptation physique et psychiatrique, de gynécologie représentent un éventail de services spécialisés reconnus pour leurs interventions de pointe et d'avant-garde.

## **1.5 L'analyse d'un cheminement de dossier**

Dans l'ensemble du réseau de santé et services sociaux, nous pouvons constater que plusieurs services se recoupent. Par exemple, il est possible de retrouver des actes d'orientation, de diagnostic, de traitement, de soutien et de réadaptation dans les première, deuxième et troisième lignes à la fois. Qu'en est-il au juste ?

Les établissements comportent des missions distinctes. Ils répondent à des besoins selon leur mandat particulier qui « balise » l'étendue de leurs interventions. Le fonctionnement actuel du réseau s'apparente à une vision « en silo » des services où chacun est responsable de son client jusqu'à temps que ses besoins ou sa situation dépassent les critères administratifs et cliniques établis par un service.

Par exemple, un enfant ayant une déficience intellectuelle identifiée, qui est pris en charge par un centre de réadaptation en déficience intellectuelle devrait, en théorie, être desservi par ce centre pour l'ensemble de ses besoins, dans les limites du centre. Si les besoins sont complexes et que le centre ne bénéficie plus des ressources ou de techniques nécessaires pouvant y répondre, le centre orientera ce client vers d'autres ressources spécialisées comme il a été orienté au préalable par la première ligne. Les deux paliers « orientent » mais pas nécessairement pour les mêmes motifs.

L'exemple de l'acte du dépistage est aussi applicable : la première ligne oeuvrant auprès des enfants en prévention et promotion de la santé est favorisée, à travers leur mission et leurs équipes d'intervenants afin d'effectuer un dépistage de difficultés de développement. Par contre, un centre hospitalier surspécialisé de troisième ligne peut aussi dépister des problèmes de santé mais à un autre niveau et dans un autre contexte.

La teneur des besoins et la présence des ressources locales en mesure d'y répondre sont des éléments clés qui caractérisent le cheminement du dossier de l'enfant dans le réseau.

Un enfant vivant des difficultés d'intégration sociale reliées à des difficultés de comportement n'est pas nécessairement un enfant qui sera orienté en pédopsychiatrie. Si les ressources locales d'un CLSC ou même d'un organisme communautaire peuvent répondre aux besoins de cet enfant en supportant le réseau et en intervenant de façon efficace, le dossier restera au niveau de la première ligne.

Par contre, si le contexte se dégrade malgré l'intervention et que l'enfant démontre des signes inquiétants à travers des comportements sévères et persistants, l'équipe d'intervention pourra l'orienter vers une ou des ressources répondant à sa situation plus spécifique, requérant alors une approche de type spécialisé .

Plus le panier de services locaux comporte un éventail d'intervenants qualifiés, provenant de différentes disciplines (avec une communication efficace entre eux), plus l'enfant aura des chances de recevoir des soins et services de qualité dans sa localité.

Par contre, un manque de ressources qualifiées pour un champ clinique spécifique amène l'établissement dispensateur de soins à collaborer avec des partenaires externes à travers des prêts de services ou via des ententes inter-établissements. Un service de première ligne ne disposant pas de ressources en orthophonie par exemple doit faire une référence à un autre établissement afin que l'enfant puisse recevoir un diagnostic et des services de réadaptation qui en découlent.

Une ressource de psychologie présente en première ligne est en mesure de diagnostiquer un déficit de l'attention chez un enfant afin de favoriser son intégration scolaire mais elle ne peut statuer sur un spectre d'autisme qui requiert l'analyse d'un pédopsychiatre, ressource présente dans les services spécialisés et surspécialisés.

Les rouages et les protocoles afin d'accéder aux soins et services apparaissent souvent d'autant plus diversifiés et spécifiques que les services eux-mêmes. Formulaire, critères d'exclusion, évaluations, listes d'attente, surcharge des services et le manque de ressources sont des thèmes que les acteurs du réseau, ainsi que les familles, connaissent bien et auxquels ils sont confrontés, à répétition, dans l'univers du réseau public.

Le dépistage précoce est devenu dans les vingt dernières années la préoccupation suscitant l'intérêt de nombreux chercheurs et l'objectif principal des services de première ligne. Les résultats de recherches probants et les recommandations qui en découlèrent, ont réussi efficacement à faire connaître ce principe et à sensibiliser les professionnels oeuvrant auprès de la petite enfance afin que ce concept soit une préoccupation intégrée à leur pratique au quotidien.

Ainsi, grâce aux programmes de prévention que se sont appropriés les équipes de travail, à la venue des CPE et à l'accessibilité à une plus grande diversité professionnelle, le dépistage précoce est maintenant un élément connu et reconnu comme essentiel par la majorité des professionnels qui, année, après année, aiguisent leur œil clinique en fonction de cet objectif.

La résultante est qu'un dépistage précoce et efficace identifie davantage des besoins de deuxième ligne. Les références sont alors plus nombreuses et les listes d'attente, notamment pour les services de réadaptation, s'allongent, créant une congestion entre les différents paliers.

Les parents, informés des difficultés de leur enfant et inquiets, se butent, impuissants, à des difficultés administratives apportant des délais de prise en charge même chez un enfant d'âge pré-scolaire. Les parents deviennent souvent les défenseurs des droits de leur enfant ou la responsabilité n'en incombe à personne puisque l'ensemble du réseau desservant cette clientèle en est imputable.

## **2. Concepts et définitions des approches, services et outils de travail**

Les notions en matière de planification et de services aux clients recouvrent plusieurs dimensions. Leur évolution a conduit à l'utilisation d'un « dialecte » clinique instauré parmi les intervenants et les gestionnaires de services.

Ce document renferme une variété de concepts définissant à la fois les approches, services et outils qui sont utilisés dans le réseau. Afin d'améliorer la compréhension des termes tout au long de la lecture, nous en présentons une description sommaire.

### **2.1 Définitions des approches de travail d'équipe** (Larivière et Ricard, 1998)

L'**unidisciplinarité** met « en relation de travail des personnes dont la formation professionnelle est identique ».

La **multidisciplinarité** met « en relation de travail des personnes dont la formation professionnelle est différente ».

L'**interdisciplinarité** met « en relation d'échanges et de travail des personnes dont la formation professionnelle est différente en vue d'offrir une complémentarité suffisante pour bien desservir une clientèle à problématiques multiples ».

## **2.2 Définitions des termes provenant du programme Naître Égaux, Grandir en santé (NEGS)**

L'**intervenant privilégié** ou **intervenant pivot** : professionnel, membre de l'équipe interdisciplinaire, qui contribue à l'installation d'un lien de confiance réciproque et durable entre le client et les intervenants.

Les **services intégrés** : pour l'équipe petite enfance-famille, les services intégrés c'est l'intégration des programmes NEGS, Programme de soutien aux jeunes parents PSJP, Soutien éducatif 2-4 ans sous le même programme à travers plusieurs expertises, soit « *Le programme de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* ». Le but des services intégrés est, entre autre, d'assurer la continuité des services pour sa clientèle.

La notion de services intégrés peut s'appliquer au-delà d'une équipe de travail mais bien dans l'ensemble du réseau de santé et services sociaux. Exemple : la continuité des services entre la première et la deuxième ligne.

La notion d'**empowerment** « fait référence à la possibilité pour les personnes de mieux « contrôler leur vie » ou de « devenir les agents de leur propre destinée ». (Le Bossé et Dufort, 2001 : voir Arama et Bordeleau, 2005).

## **2.3 Définitions des modèles et outils d'intervention**

L'**intervention planifiée** : c'est le fait de se donner, comme intervenant ou comme équipe, une structure dans la réalisation et l'organisation des services pour la clientèle. C'est une vision de l'intervention à court ou à moyen terme comportant une analyse de la situation du client, l'identification des priorités d'intervention, l'élaboration de stratégies d'intervention, la distribution des tâches (s'il y a lieu) en lien avec nos moyens et objectifs, et la révision de nos interventions et orientations. L'intervention planifiée est supportée par l'outil qui est le **plan d'intervention**.

Le **plan d'intervention** : c'est « le contrat » de **l'intervenant en relation avec le client** et ses objectifs cliniques. C'est aussi notre outil de suivi individualisé ou d'équipe. Il peut être uni-disciplinaire, multidisciplinaire ou élaboré en interdisciplinarité. Il peut aussi s'inscrire dans un plan de services si plusieurs organismes dispensent un suivi à la famille.

Le **plan d'intervention interdisciplinaire** : le contexte d'interdisciplinarité c'est le fait d'être **plus** d'un (1) intervenant à desservir une même famille et d'avoir un ou des buts commun(s). Il s'agit de l'offre de services **en tant qu'équipe de travail** pour un même établissement. Le dossier appartient à l'équipe avec des priorités d'intervention pour lesquelles les intervenants les plus susceptibles à répondre aux besoins appliquent l'offre de services.

Le **plan de services** : la rencontre de plan de services est **une rencontre de réseau**. Elle exige que plusieurs organismes se rencontrent dans le but de coordonner les services et de répondre aux besoins du client et ce, à travers les mandats d'établissement respectifs.

### **3. Les programmes des « Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance » en contexte de première ligne**

#### **3.1 Le développement des approches préventives et promotionnelles: une histoire évolutive**

Les services destinés aux enfants et à leur famille en contexte de CLSC sont caractérisés par des approches, des programmes et des contextes d'intervention spécifiques à leur mission préventive et promotionnelle du bien-être et de la santé. Ils sont dispensés par des personnes provenant de professions variées, pouvant offrir une large gamme de services répondant aux différents besoins.

Au fil des années, les pratiques reliées aux soins à l'enfant se sont bonifiées et transformées. Elles ont suivi l'évolution des connaissances théoriques et pratiques favorisant l'émergence des stratégies en regard au développement et au maintien des conditions de santé et du bien-être des enfants et de leur famille.

L'industrialisation des régions au cours des années 30 amena la création des premiers services de santé destinés à l'ensemble de la population que l'on appellera les « *Unités sanitaires* ». Les soins de prévention, dispensés par les unités sanitaires, étaient exclusivement réalisés par les infirmières (unidisciplinarité). Les principales interventions consistaient à diminuer les risques de tuberculose et de maladies infectieuses en utilisant la vaccination, ainsi qu'à dépister et prévenir les infections de pédiculose en donnant des soins et un enseignement approprié.

Vint ensuite le développement des « *Départements de santé communautaire* » dans les années 70 qui ouvrit les portes sur des approches plus variées dans un contexte intégré à la communauté. L'infirmière pouvait alors se rendre à l'école primaire pour effectuer son dépistage de santé et du développement de l'enfant. Ces années ont aussi été marquées par la création de la loi sur la protection de la jeunesse en 1974 donnant à l'enfant le droit à une sécurité et à un développement optimal. La fusion des



départements de santé communautaire avec les Centres des services sociaux (les CSS) responsables, entre autre, de l'application de la loi de la protection de la jeunesse, amène une collaboration plus effective et vient ajouter la profession du travailleur social aux petites équipes des départements (multidisciplinarité).

La création des « CLSC » (*Centre local de services communautaires*) en 1985, campe les approches vers la communauté et prône l'importance de collaborer collectivement à la santé et au bien-être des populations. On accorde de l'importance à l'ouverture vers l'ensemble des organismes présents dans le milieu. On traite avec une plus grande variété de professionnels spécialisés faisant évoluer, de façon exponentielle, l'offre de services destinés aux enfants. C'est dans ce contexte que le programme alimentaire OLO (*œufs, lait, oranges*) fit son apparition au sein des établissements CLSC, déployé par le dispensaire diététique de Montréal.

Une série de rapports gouvernementaux des années 1990 a contribué, de façon significative, à maintenir et à préciser les notions de prévention auprès de la petite enfance et à constituer un objectif de premier plan dans le secteur jeunesse : *Un Québec fou de ses enfants* du Rapport Bouchard (1991 : voir Painchaud, Guérin et Rocheleau, 1998), *La protection sur mesure* du Rapport Harvey (1991 : voir Painchaud, Guérin et Rocheleau, 1998), *La protection de la jeunesse...plus qu'une loi* du Rapport Jasmin (1992 : voir Painchaud, Guérin et Rocheleau, 1998) et la *Politique de périnatalité* du MSSS (1992 : voir Painchaud, Guérin et Rocheleau, 1998).

On verra apparaître, un à un, les premiers programmes de types « ciblés », trois au total, destinés plus spécifiquement à la clientèle présentant des critères de vulnérabilité où les définitions de « prévention » et de « promotion » de la santé prennent leurs sens à travers des objectifs et des approches précises. Nous aborderons les caractéristiques distinctes de ces programmes, maintenant regroupés sous l'appellation des « **services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance** », à l'intérieur du prochain point.

La dernière transformation, celle que nous vivons au moment même de la rédaction de cet ouvrage a débuté en 2003. Il s'agit de la création des CSSS (*Centre de santé et des services sociaux*) où l'on regroupe la presque totalité des services dispensés par les

établissements publics sous un même nom afin de rendre plus accessibles et de mieux coordonner les soins et les services pour l'ensemble des populations.

### **3.2 Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance des missions CLSC des CSSS**

Afin de répondre à cette spécificité préventive et promotionnelle, les interventions et les soins prodigués aux enfants et à leur famille doivent être orientés vers les déterminants de la santé et du bien-être général, en agissant le plus tôt possible dans la trajectoire développementale de l'enfant.

La nature des actions pour un intervenant oeuvrant dans un tel contexte vise donc à favoriser la diminution des facteurs de risques entourant l'enfant et sa famille (tels que prématurité, maltraitance, tabac, violence, mal-nutrition) et augmenter les facteurs de protection (tels que connaissance du développement de l'enfant, lien d'attachement sécuritaire, milieux stimulants, bonnes habiletés parentales).

Au fur et à mesure que les données sur les programmes d'interventions efficaces furent mieux connues des intervenants et des gestionnaires, les services et soins donnés à l'enfant ainsi que les aspects reliés à la prévention et à la protection se sont raffinés. Les régies de la santé et des services sociaux proposent alors, à la lumière des recherches sur le sujet, le déploiement de programmes de types « ciblés ». Ces programmes déterminent des approches et documentent les stratégies nécessaires afin de desservir plus précisément la clientèle affichant des caractéristiques de vulnérabilité (jeunes parents, extrême pauvreté, violence, négligence, abus) et ainsi pouvoir agir en amont des problématiques éminentes.

C'est ainsi qu'en 1991, la direction de la santé publique de Montréal-Centre en collaboration avec la Direction de santé publique de l'Abitibi - Témiscamingue mettent sur pied un premier programme de prévention et de promotion de la santé visant à desservir les familles à faible revenu attendant un enfant, se trouvant dans des situations de vulnérabilité ou de détresse sociale. Ce programme s'appelle **Naître égaux et grandir en santé (NEGS)** (voir : Martin et Boyer, 1995) et est déployé à travers les différents territoires des CLSC du Québec.

En 2000, une révision des effets du programme est actualisée par l'Institut national de santé publique du Québec. Les informations contenues dans cette mise à jour permettent de dégager de nouvelles connaissances et des précisions dans la réalité de l'intervention périnatale en contexte de défavorisation et de vulnérabilité des familles. Cette analyse révélera l'importance et les besoins plus spécifiques en regard aux approches destinées aux jeunes familles. Ce qui rendit possible, lors du Sommet du Québec et de la jeunesse, la création d'un nouveau programme; le **programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)** (voir : Arama et Bordeleau, 2005) qui s'inscrit en complémentarité avec le NEGS en termes de clientèle et d'objectifs, mais qui vise à supporter les femmes enceintes âgées de moins de 20 ans. Ces programmes s'inspirent notamment des programmes préventifs américains dont ceux de David Olds (1997 : voir Martin et Boyer, 1995) soit : le « *Pre-natal* » et le « *Early Infancy Project* ».

Par la suite, les priorités nationales de santé publique (1997-2002) recommandent à nouveau la mise en place d'un troisième programme « ciblé » ; il s'agit du programme de **soutien éducatif** (voir : Arama et Bordeleau, 2005) desservant plus spécifiquement la clientèle des enfants âgés entre 2 et 5 ans venant aussi de milieux défavorisés et poursuivant en somme les mêmes objectifs d'un développement maximal de l'enfant et le développement des habiletés parentales. Ce modèle nous provient de la direction de la santé publique du Bas St-Laurent qui en conçut le modèle en 1997, et qui fût déployé, en Montérégie, à partir de 2001.

Dans un but de continuité des services envers la clientèle vulnérable, le ministère de la santé et services sociaux intègre, en 2004, les divers programmes pour en faire un seul, soit « **Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance** ».

Les clientèles visées par les services intégrés sont larges et tiennent compte de tous les membres d'une famille dans une vision écosystémique. De façon plus spécifique, les services s'adressent :

- aux **jeunes femmes enceintes** dont la date d'accouchement est prévue avant leur vingtième anniversaire et aux **mères âgées de moins de 20 ans** au

- moment de leur inscription aux services ainsi qu'aux pères et à leurs enfants de 0 à 5 ans;
- aux femmes enceintes et aux mères âgées de 20 ans ou plus, aux pères ainsi qu'à leurs enfants de 0 à 5 ans **vivant dans l'extrême pauvreté** (indicateurs : sous-scolarisation et le revenu sous le seuil de faible revenu)

Selon le programme cadre, les services intégrés ont pour objectif de :

- maximiser le potentiel de santé et de bien-être chez les clientèles ciblées vivant des situations qui les rendent vulnérables
- inclure la naissance et le développement des enfants dans un projet de vie porteur de réussite pour les parents, tout en renforçant la notion « d'empowerment » des personnes et des communautés

Dans une perspective à plus long terme, les actions du programme visent à diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes tels que l'abus et la négligence envers les enfants.

### **3.3 L'influence des programmes ciblés sur l'organisation des équipes et des services**

La coopération entre deux ou plusieurs disciplines n'est pas une nouveauté et bien avant la création des programmes ciblés de 1991, les intervenants des CLSC passent par différents modèles de collaboration et de partage d'information en vue de dispenser les meilleurs soins à leurs clientèles.

Donc, au fur et à mesure que les programmes se sont déployés, les offres de services et la façon de les traiter se sont bonifiées. La constitution des équipes s'est transformée et des ressources humaines de différentes disciplines se sont ajoutées. On est passé de l'intervention « **unidisciplinaire** » (une seule discipline) à de la « **multidisciplinarité** » (plusieurs disciplines qui se concertent) ; la composition des équipes d'intervention augmente et les offres des services se multiplient.

Ainsi, les infirmières, travailleuses sociales, auxiliaires familiales, nutritionnistes, ergothérapeutes et psychoéducatrices se complètent pour actualiser, dans un premier temps, leurs orientations respectives pour en arriver à une intégration des différents programmes de l'ensemble des services intégrés. On souhaite se concerter pour une intervention planifiée et coordonnée afin d'en arriver à une stratégie commune dans la dispensation des services : **l'interdisciplinarité**.

D'une vision « programme », nous passons maintenant à une vision « d'équipe », bonifiant le travail en interdisciplinarité proposé lors de l'implantation du programme NEGS en 1991. Bien que le concept **d'intervenant privilégié**, découlant aussi des approches de NEGS, soit reconduit dans les services intégrés, les clients et leurs besoins n'appartiennent plus essentiellement à un professionnel en particulier mais bien à l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire.

Cette intégration des divers programmes nécessite une révision et des réajustements face au fonctionnement actuel davantage à saveur multidisciplinaire, en particulier dans la bonification de la structure du fonctionnement interdisciplinaire ainsi qu'à la révision de la notion d'intervenant privilégiée préservée du modèle de NEGS.

De plus, la mise en place de cette réflexion permet de réitérer l'importance des notions de stabilité des membres de l'équipe et crée des moyens afin de supporter l'ensemble des membres à faire face à la grande complexité clinique et humaine de l'intervention dans un contexte où les clients présentent de multiples besoins individuels et familiaux.

Une étude américaine (Glisson et Hemmelgarn, 1998) expose clairement qu'un climat organisationnel positif est associé à une plus grande qualité des services. Il affirme que : «... un travail d'intervention auprès de clientèle vulnérable a beaucoup plus de possibilités d'être efficace dans des organisations où les intervenants acceptent leur rôle, sont satisfaits de leur emploi, coopèrent les uns avec les autres et où ils peuvent personnaliser leur travail (se l'approprier) » (Glisson et Hemmelgarn, 1998, p.413).

Pour que l'intervenant puisse favoriser l'« **empowerment** » des familles, élément clé des services intégrés, il faut d'abord qu'il soit lui-même disponible face aux besoins de

la clientèle et qu'il démontre de l'empathie face aux différentes situations auxquelles il est confronté, jour après jour.

Sa sensibilité, sa créativité et son pouvoir d'influence doivent se faire sentir à travers les situations stressantes et empreintes de résistance, mettant au défi la sollicitation intense des ressources d'adaptation chez les intervenants. L'intervenant doit donc, et de façon constante, être supporté par l'ensemble de l'organisation et par ses collègues de travail immédiats (issus de différentes disciplines à travers des mandats autant précis que flexibles) car, de toute évidence, les programmes et la clientèle se transforment et apportent leur lot de changements auxquels l'équipe doit s'adapter.

Il semble donc important d'investir dans les bases de la communication et de développer le sens du partage clinique, éléments qui apporteront un gain véritable et durable dans l'atmosphère d'une équipe de travail et dans l'accomplissement des exigences d'une intervention efficace.

## **4. L'intervention interdisciplinaire**

### **4.1 La philosophie de l'intervention**

La valeur attribuée à cette forme de travail d'équipe est une approche d'intervention commune impliquant un partage des savoirs et une concertation clinique afin d'en arriver à un consensus sur les moyens et les priorités d'intervention, tout en considérant l'ensemble des acteurs impliqués par la situation de l'enfant et de sa famille.

Les approches écologiques et systémiques appliquées généralement dans les services de première ligne auprès de la petite enfance considèrent le client (enfant) et le « système-client » (sa famille). Les besoins, souvent nombreux et complexes des systèmes-clients requièrent l'apport de plusieurs disciplines, ce que l'approche interdisciplinaire permet.

Le client constitue le point de rencontre et le centre des préoccupations de l'équipe qui doit toujours agir avec bienveillance, tout en considérant les différentes sphères de vie le caractérisant. Ces échanges nécessitent un savoir-être et un respect mutuel de tous les participants autant face à la clientèle qu'entre intervenants et gestionnaires, puisqu'ils partagent, au fil des rencontres, leur analyse, leur vécu et leur expertise clinique en lien avec leurs clients.

L'approche fait appel à la collaboration et à la coopération entre les différents collègues et partenaires. Ces échanges ont pour but de supporter l'intervention afin d'offrir des services planifiés et concertés par différentes disciplines et ressources du réseau.

L'implantation de l'approche requiert une action de groupe touchant tous les paliers de l'administration et l'ensemble des niveaux de gestion clinique, à travers un engagement organisationnel et le respect du cadre de la philosophie d'intervention.

## **4.2 L'équipe d'intervention : tâches et responsabilités**

### **4.2.1 Les membres**

Les équipes interdisciplinaires sont composées de professionnels ou non professionnels (infirmières, travailleurs sociaux, auxiliaires familiales, psychoéducateurs...) partageant différents savoirs. Ils travaillent vers un but commun, soit les services au client.

#### **Tâches et responsabilités**

- Assurer une écoute active dans la discussion clinique
- S'affirmer dans son rôle professionnel, dans son domaine spécifique, sans envahir les autres
- Faire preuve d'ouverture et de souplesse envers les autres et les situations
- Se préparer pour la rencontre : documents pertinents, cueillette de données récentes
- Faire preuve d'éthique et de compétence professionnelle
- Être présent et ponctuel aux rencontres cliniques
- Faire valoir son champ d'expertise sans avoir la prétention d'être le plus compétent
- Reconnaître la compétence des autres, être flexible face à ses perceptions
- Collaborer à la création et à l'application du plan d'intervention
- Être solidaire aux prises de décisions



#### 4.2.2 L'intervenant-pivot ou privilégié

Un membre de l'équipe est identifié comme intervenant-pivot. Il a un rôle et des responsabilités particulières dans l'équipe. L'intervenant -pivot est déterminé en fonction de la pertinence de ses actions professionnelles auprès du client et du lien de confiance qu'il a réussi à créer et à maintenir avec celui-ci.

##### Tâches et responsabilités

- Respecter les codes énumérés ci-haut (voir : *Tâches et Responsabilités des membres*)
- Rédiger le plan d'intervention interdisciplinaire en collaboration avec les intervenants impliqués, s'assurer que les participants l'ont signé et s'assurer de son suivi
- Convoquer la rencontre d'équipe interdisciplinaire ou la révision du plan d'intervention
- Convoquer la rencontre pour l'élaboration du plan de services avec les autres établissements si requis
- Inviter des personnes issues d'autres milieux/établissements et pouvant bonifier l'offre de services en fonction des besoins du client et assurer la liaison entre les acteurs
- Inviter le gestionnaire de son établissement au besoin
- Faire part du plan d'intervention au client et système-client

- Représenter l'équipe interne auprès des autres établissements lors d'un plan de services à l'externe
- Prendre des notes sur la discussion afin de documenter le plan d'intervention (ce rôle peut aussi être attribué à un secrétaire de rencontre identifié au préalable)

#### **4.2.3 L'animateur**

L'animateur assume les fonctions reliées à la tâche et au déroulement général de la rencontre. Il a un rôle face aux interactions entre acteurs et s'assure que le but de la rencontre soit atteint. Il vise à faire respecter les procédures et facilite les démarches vers la réalisation de l'offre de services. L'animateur ne fait généralement pas partie de l'équipe des professionnels qui oeuvrent auprès du client.

##### Tâches et responsabilités

- Accueillir les participants
- Organiser un lieu physique adéquat en fonction du groupe
- Présenter et planifier l'ordre du jour et le sujet de la rencontre
- Clarifier les règles de fonctionnement et les faire respecter
- Centrer le travail d'équipe sur le client et faire progresser la réunion
- Voir à ce que chaque membre puisse s'exprimer et apporter sa contribution
- Gérer les relations émotives et les débats afin de prévenir les conflits, le manque de respect ou la compétition

- Voir à ce que les intérêts du client et du système-client soient favorisés
- Augmenter le sentiment d'appartenance et la confiance des membres de l'équipe entre eux
- Supporter le consensus clinique

### **4.3 Les avantages d'une action interdisciplinaire**

#### **Pour le client**

- Être considéré à travers une vision globale de sa réalité
- Bénéficier d'une offre de services concertés donc plus efficaces
- Sentir que tous les intervenants entretiennent le même discours et poursuivent les mêmes buts
- Avoir accès à une grande variété de professionnels
- Être informé de son plan d'intervention (ou de traitement)
- Permettre une cohérence et une continuité dans les services
- Être représenté par un intervenant-pivot par souci de bienveillance
- Faciliter les liens entre les différents établissements
- Tenir compte des priorités d'action

#### **Pour les intervenants**

- Échanges et support clinique entre les collègues de travail
- Partage des responsabilités : le dossier appartient à l'équipe
- Réduit le sentiment d'impuissance
- Apporte un style de gestion à caractère démocratique
- Augmente la qualité des communications entre les collègues
- Bénéficier d'une vision de différentes disciplines
- Accroît les chances de réussite et de changements

- Permet d'être reconnu dans leurs propres expertises cliniques et d'apprendre sur d'autres professions
- Favorise un encadrement leurs interventions
- Favorise la prise de positions d'équipe
- Augmente la sécurité dans l'intervention
- Assistent à une grande variété de discussions cliniques procurant un enrichissement professionnel et personnel
- Évite l'isolement face aux situations complexes et anxiogènes
- Favorise une harmonie entre collègues dans un contexte de travail positif et respectueux
- Permet de détenir des documents écrits pour leurs témoignages à la cour
- Favorise un débat d'idées et de nouvelles pistes d'intervention
- Permet de développer leurs qualités interpersonnelles et leur ouverture face aux autres

### **Pour les établissements**

- Favorise le travail d'équipe
- Augmente la qualité des services
- Développe l'efficacité de l'intervention
- Favorise un climat d'équipe positif
- Permet une concertation réseau et une action intégrée
- Apporte un style de gestion à caractère démocratique
- Met à profit l'ensemble des ressources concernées
- Favorise une offre de services structurés
- Préviend l'épuisement professionnel des intervenants
- Partage les responsabilités des services à travers l'ensemble du réseau
- Favorise l'efficacité à travers une structure établie de réunions d'équipe
- Permet la rédaction des plans d'intervention et des plans de services
- Engendrent une cohésion et un sentiment d'appartenance au travail
- Augmente la collaboration et l'autonomie des équipes
- Bonifie la tenue de dossiers cliniques

- Mobilise seuls les intervenants qui sont concernés par la situation
- Favorise l'accès aux services des autres établissements

#### **4.4 Les contraintes et les défis**

##### **Pour le client**

- Doit s'adapter à plusieurs professions et, parfois, à la co-intervention
- Est soumis à une cueillette de données exhaustive
- Peut se sentir happé par une énergie de groupe (tous les professionnels vont dans le même sens)
- Peut amener à vivre de l'anxiété s'il est présent à son plan de services ou son plan d'intervention

##### **Pour les intervenants**

- Processus qui demande du temps et de la rigueur
- Difficulté à collaborer en équipe
- Peuvent être confrontés dans leurs croyances, leurs idées, leurs valeurs
- Doivent s'affirmer dans leur profession, clarifier leurs frontières professionnelles
- Exige l'élaboration d'un (autre..) formulaire (P.I.I., P.S.I.)
- Suppose une volonté de partager ouvertement les résultats de son travail et de ses connaissances
- Collaborer efficacement dans les moments difficiles
- Travailler avec diverses personnalités
- Coordonner les agendas entre collègues, travailler avec des échéanciers
- Être pro-actifs dans l'implantation de l'approche et la promouvoir
- Accepter de grandir dans sa façon d'être
- Respecter des valeurs d'équipe
- Favoriser le consensus, mettre de côté ses croyances personnelles toutes puissantes
- Faire preuve d'humilité face à ses limites et ses difficultés exposées

- Assurer la présence de confiance et de respect dans le groupe
- Démontrer une attitude d'ouverture lors des situations conflictuelles

### **Pour les établissements**

- Nécessite la mobilisation d'une gamme de professionnels et d'un animateur
- Créer un climat d'ouverture
- Promouvoir l'intervention réseau au sein des autres établissements
- Accepter de dégager du temps et de maintenir une fréquence dans les réunions
- Trouver le financement
- Déployer les ressources nécessaires
- Assurer la participation de chacun
- Assurer une présence au P.S.I. et supporter l'intervenant au besoin
- Démontrer des attitudes d'ouverture et de flexibilité
- Favoriser une gestion globale en respectant ce modèle
- Accepter de recevoir des demandes de l'équipe et d'y donner suite
- Maintenir une stabilité des membres de l'équipe
- Répondre à la loi sur le plan d'intervention demandé par le ministère

### **4.5 Les limites**

- Le modèle interdisciplinaire ne dilue pas la responsabilité de chaque professionnel. L'intervenant concerné reste imputable de ses interventions malgré les décisions prises en équipe.
- Les priorités et le point de vue du client concernant l'application de son offre de services sont le premier considérant. Même si l'équipe en dispose autrement après analyse, c'est le client qui demeure au centre de la démarche et non le groupe d'intervenants et ce, malgré la présence d'un consensus clinique.

- Tout ne peut être traité en équipe. L'intervenant concerné doit prendre les décisions qui s'imposent sans devoir référer à l'équipe à tout moment. Il garde son autonomie professionnelle distincte.
- Les situations-clients ne nécessitent pas toujours qu'une équipe composée de plusieurs professionnels se penche sur leur réalité afin de répondre à des besoins de façon efficace.

#### **4.6 Les conditions d'implantation**

Certains éléments demeurent essentiels dans la mise en œuvre d'une implantation interdisciplinaire.

- Le client est la préoccupation première pour tous
- Une volonté ferme de la direction et des gestionnaires
- La mise en place de mécanismes de communication efficaces
- L'ouverture et l'engagement des intervenants à adhérer à une telle formule
- Se donner du temps pour intégrer les nouvelles notions dans l'intervention
- Une définition concertée des objectifs et moyens pour arriver au but
- Une présence assidue des intervenants aux rencontres et une stabilité des membres de l'équipe
- Une animation efficace
- Des outils-papiers disponibles et pertinents (formulaires P.I.I.-P.S.I.)

- Travailler dans un but commun
- Reconnaître les compétences de chacun
- Accepter de bonifier, transformer ou développer une culture de travail d'équipe en fonction des critères de l'interdisciplinarité
- Soutien aux intervenants

#### **4.7 Les valeurs d'équipe**

La réalité d'un individu à l'intérieur d'une équipe de travail interdisciplinaire implique de nombreux échanges interpersonnels où s'établit inévitablement des dynamiques interpersonnelles ou intergroupes. Les différentes personnalités que composent les équipes de travail et les croyances personnelles de chacun apportent sans aucun doute leurs lots de défis dans les échanges et les communications efficaces. Les rapports interpersonnels peuvent donc parfois s'avérer houleux ou problématiques, prenant la tournure de conflits ou de mésententes entre les individus. Dans ces situations, les modes préventifs sont ordinairement plus favorables que la présence de conflits latents ou exprimés qui risquent de teinter, à long terme, les collaborations efficaces et positives entre les professionnels.

L'interdépendance croissante entre les personnes, l'augmentation de la charge de travail, les réseaux en perpétuel changement et les pressions externes constituent des facteurs propices à l'apparition de conflits. Il nous semble donc important, afin d'améliorer les échanges et les concertations cliniques, de donner la chance aux équipes de travail de partager et de mettre en commun des structures et des outils personnalisés qui répondent à leurs besoins et qui s'harmonisent avec leur réalité propre.

Ces discussions permettent la mise en place et l'appropriation d'un cadre défini selon les valeurs et croyances des membres de l'équipe et viseront à établir, d'un commun



accord, les règles morales et éthiques que ceux-ci favorisent comme règles de bases relatives aux notions d'attitudes et de savoir-être à travers les relations interpersonnelles.

Dans le réseau actuel de services, les notions d'éthique, de déontologie et de valeurs morales qu'un établissement aborde sont majoritairement orientées vers la clientèle, ce qui néanmoins s'avère un élément de base à toute organisation. Cependant, ces composantes semblent rarement énoncées en fonction des relations interpersonnelles souhaitées entre individus d'un même réseau ou d'une même équipe qui demeurent pourtant une partie intégrante des pratiques professionnelles. Les qualités reliées au savoir-être dans l'intervention comme dans les relations entre les collègues et la responsabilité qui en découle mérite plus qu'un cadre implicite qui tente d'en appeler au bon vouloir de chacun.

Selon Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (1996), le développement des règles éthiques est le résultat d'un processus qui conduit à prendre en considération les quatre ensembles d'éléments suivants :

- 1- Les valeurs personnelles de l'individu
- 2- Les valeurs mêmes du groupe et de l'organisation
- 3- Les principes qui guident la pratique professionnelle
- 4- Les conséquences des actes antérieurs à l'égard des effets produits sur la dynamique actuelle du groupe.

Ainsi, le groupe doit tenter, à travers « un brassage d'idées » et des échanges verbaux ou écrits, de prioriser et assumer les valeurs privilégiées par les membres dans leurs relations avec les autres (respect, transparence, harmonie dans les relations...).

Un document écrit sous forme de « charte » ou d'une « entente commune » suivra cet exercice et sera distribué à tous les participants et affiché dans les locaux utilisés par l'équipe. Les individus s'y référeront au besoin afin de promouvoir les ententes sur les valeurs collectives pré-établies par le groupe.

Bien entendu, cette réflexion sera possible et crédible uniquement si chaque individu membre de l'équipe interdisciplinaire démontre une volonté d'accorder leurs comportements et leurs convictions dans l'application de ces ententes. L'actualisation d'une telle démarche touche d'abord à une responsabilité individuelle qui rayonnera, par la suite, sur l'ensemble du groupe. La direction jouera aussi un rôle de facilitateur en ce qui touche l'application de ces règles d'équipe.

Quoi qu'il en soit, toute équipe qui se préoccupe de la qualité des liens interpersonnels influence directement l'atmosphère et la qualité de vie au travail. Elle augmentera aussi son pouvoir d'influence face à l'ensemble de l'organisation et face aux partenaires tout en bonifiant leurs connaissances personnelles et professionnelles. Elle bâtit, au sein de ces collaborateurs, un leadership constructif, en améliorant les liens et la réalité en milieu de travail.

## **5- Processus d'élaboration des rencontres interdisciplinaires**

### **5.1 Le plan d'intervention individualisé en interdisciplinarité**

Le but de la planification des services interdisciplinaires est de faire consensus sur les besoins et les priorités d'interventions que requiert une personne ou une famille à travers les services d'un même établissement. Il détermine aussi les personnes impliquées au dossier et détermine les objectifs de suivi à travers l'offre de services pour une période donnée.

Le plan d'intervention est élaboré à partir d'une évaluation interdisciplinaire au préalable, c'est-à-dire que chaque professionnel évalue la situation selon son expertise clinique et en ressort des besoins propres à son champ d'expertise.

Le plan d'intervention interdisciplinaire doit être animé et structuré dans le temps. Il se doit d'être souple et efficace. Il demande un climat d'ouverture et de confiance entre les intervenants de l'équipe. Son élaboration repose sur le plaisir de travailler ensemble et sur un engagement réel des membres de l'équipe.

#### **Déroulement :**

- 1- Réception d'une demande de services à l'établissement.
- 2- Assignation, par un service d'accès ou un supérieur immédiat identifié, de la demande de services au professionnel le plus apte à répondre aux besoins identifiés dans la demande.

*Dans le cas des enfants ou clients intégrés dans les programmes NEGS ou PSJP ou dans le cas des demandes complexes, la cueillette de données peut être effectuée dès le départ par deux professionnels, en co-traitance. Par exemple, une situation peut requérir une intervention de l'infirmière et celle de la travailleuse sociale en simultanée.*

- 3- Cueillette de données par le ou les professionnel(s) sur l'ensemble de la situation du client et du système-client (on peut compter en moyenne 3 ou 4 rencontres avec le client pour cette étape).
- 4- Analyse sommaire de la situation du client et planification d'une discussion d'équipe par l'intervenant ayant fait sa cueillette de données.
  - Inviter l'ensemble des intervenants internes (provenant du même établissement) susceptibles de desservir le client
  - Inscrire des réunions d'équipe dans une plage horaire hebdomadaire destinée aux rencontres de plan d'intervention
  - Informer l'animateur identifié
- 5- Lors de la rencontre :
  - Mise en commun de la cueillette de données (les outils de l' « éco-carte » ou le « génogramme » peuvent être utilisés)
  - Priorisation des besoins et des services
  - Consensus sur les objectifs d'intervention et sur le choix de celui ou celle qui interviendra en fonction des besoins identifiés. Si plusieurs intervenants sont requis, on doit considérer un **objectif commun**
  - Identification de l'intervenant pivot, si non déterminé à cette étape
  - Rédaction du plan d'intervention en collaboration avec les intervenants concernés
  - Signature par les intervenants participants

- Planification d'une date de révision (entre trois et six mois) selon la situation et les objectifs à atteindre

6- Suite à la rencontre clinique, l'intervenant pivot doit :

- Présenter le plan d'intervention au client et lui faire signer selon la situation
- Consigner le document au dossier clinique
- Remettre une photocopie du plan d'intervention à tous les participants actifs au suivi

7- Actualisation du plan d'intervention en fonction des objectifs identifiés, en concertation avec les collègues impliqués

8- Réévaluation de la situation client selon la date de révision en planifiant à nouveau une rencontre clinique

9- Maintien, réorganisation ou cessation des services selon l'atteinte des objectifs et l'analyse de la situation client

## **5.2 Le plan de services**

La rencontre de plan de services est une rencontre de réseau. Elle exige que plusieurs organismes se rencontrent dans le but de coordonner les services afin de répondre aux besoins du client et ce, à travers les mandats d'établissement respectifs.

L'objectif du plan de services est de mettre en commun les visions et les objectifs de travail afin d'intervenir de façon concertée avec le client et de s'entendre sur les responsabilités de chacun.

Le plan de services est d'abord planifié avec les collègues de notre établissement (si nous travaillons en interdisciplinarité) et doit être supporté par notre supérieur immédiat ou le conseiller clinique au besoin, afin d'en valider les orientations cliniques et d'établissement. Si des questions liées à la gestion doivent être traitées, les supérieurs immédiats peuvent être sollicités à participer à cette rencontre à la demande de l'intervenant pivot.

Généralement, c'est à l'intervenant pivot que revient la responsabilité de solliciter le plan de services et de faire les invitations des intervenants des autres établissements, à moins d'une situation particulière qui requiert une communication cadre à cadre. La rencontre demande un ordre du jour, une secrétaire (généralement l'intervenant pivot) et un animateur.

Déroulement :

- 1- Rédiger un plan d'intervention individualisé ou un plan d'intervention interdisciplinaire à l'interne
- 2- Informer le supérieur immédiat de cette initiative
- 3- Consulter le client (ou sa famille) sur l'acceptation de cette démarche et l'inviter à prendre part à la réunion
- 4- Inviter les collègues, l'animateur et tous les partenaires externes concernés et coordonner l'horaire de rencontre (intervenant pivot)
- 5- Si sa présence est requise, informer le client du déroulement, des personnes présentes, des lieux physiques et des objectifs de la rencontre (intervenant pivot)
- 6- Planifier une rencontre pour l'équipe interne et l'animateur afin de préparer la rencontre et valider la présence d'un supérieur immédiat au besoin

## 7- Organiser un espace physique pour la rencontre

### 8- Lors de la rencontre :

- Accueil des participants
- Présentation de l'objectif de rencontre
- Déterminer un secrétaire de rencontre
- Lecture de l'ordre du jour
- Présentation des différents partenaires et participants partageant leur rôle et fonction en lien avec le client et échanges sur les services rendus jusqu'à maintenant
- Discussion clinique, identification des besoins de la personne
- Déterminer les objectifs de services
- Déterminer la responsabilité de chaque ressource en fonction des objectifs cliniques
- Rédaction du plan de services (intervenant pivot supporté par secrétaire)
- Valider l'engagement de chacun vers des objectifs communs
- Signature du plan de services par les personnes actives au dossier
- Prévoir une date de réévaluation du plan de services selon les objectifs identifiés

9- Suite à la rencontre clinique, l'intervenant pivot doit :

- Faire des photocopies du plan de services et l'envoyer à tous les participants actifs au dossier
  
- Consigner le document au dossier clinique du client

10- Actualisation du plan de services en fonction des objectifs identifiés et en concertation avec les partenaires impliqués



## **6- Planification des activités d'implantation et échéanciers**

<b>Activités</b>	<b>Ressources</b>	<b>Temps</b>
<b>1. Présentation et validation du projet global du plan d'implantation de l'interdisciplinarité aux gestionnaires d'établissement</b>	Coordonnateur du projet interdisciplinaire Gestionnaires Chefs de programmes Conseiller clinique	2 rencontres de 2h30
<b>2. Planification des étapes d'implantation en sous-comité et élaboration d'un calendrier de rencontre</b>	<i>Sous-comité</i> Le coordonnateur du projet Un gestionnaire Un chef d'équipe Un intervenant clinique	2 rencontres de 2h30
✓ Préparation de la présentation à l'équipe clinique	Sous-comité + secrétaire	3 rencontres de 2h
✓ Déterminer le calendrier des rencontres cliniques pour 1 an	Sous-comité+secrétaire	1 rencontre de 2 h
✓ Organisation des formulaires des plans d'intervention et consignations légales au dossier	Sous-comité + archiviste + secrétaire	3 rencontres de 2h
✓ Définition et attribution des rôles (chef de programme, animateur, intervenant, intervenant pivot)	Sous-comité + secrétaire	3 rencontres de 2h

✓ Planification d'une formation sur les plans d'intervention et le plan de services	Sous-comité + consultant externe	2 rencontres de 1h30
✓ Planification du déroulement de la rencontre interdisciplinaire	Sous-comité + secrétaire	1 rencontre de 2h30
✓ Planification de la charte des valeurs	Sous-comité + secrétaire	3 rencontres de 2h30
✓ Élaboration d'un processus de révision et d'évaluation de l'implantation	Sous-comité + consultant externe + secrétaire	4 rencontres de 2h30
✓ Présentation des résultats et bilan du projet aux gestionnaires et recommandations	Sous-comité + gestionnaires + consultant externe + secrétaire	1 rencontre de 3h
✓ Préparation et présentation d'un plan d'action en fonction des recommandations émises au bilan	Sous-comité + gestionnaires + consultant externe + secrétaire	4 rencontres de 2h30
<b>3. Rencontre de l'équipe clinique</b>		
✓ Présentation du projet	Tous les acteurs	2 rencontres de 3h
✓ Formation sur le plan d'intervention et le plan de services	Sous-comité + consultant externe	2 rencontres de 4h
✓ Définition des rôles (chef de programme, animateur, intervenant, intervenant pivot)	Sous-comité + équipe clinique	1 rencontre de 3h

✓ Présentation du déroulement de la rencontre interdisciplinaire	Sous-comité + équipe clinique	1 rencontre de 3h
✓ Présentation du calendrier de rencontres interdisciplinaires	Sous comité + équipe clinique	Document écrit remis aux intervenants
✓ Rencontre sur les formulaires et la consignation au dossier	Sous comité + équipe clinique + archiviste	1 rencontre de 2h
✓ Discussion sur l'approche client et l'interdisciplinarité	Sous-comité + équipe clinique	1 rencontre de 2h
✓ Élaboration de la charte des valeurs d'équipe	Sous-comité + équipe clinique + secrétaire	4 rencontres de 3h
✓ Présentation du processus de révision et distribution des questionnaires sur l'évaluation de l'implantation	Sous-comité + consultant externe + équipe clinique + secrétaire	1 rencontre de 2h30
✓ Mise en commun du bilan d'implantation et du plan d'action	Tous	1 rencontre de 3h
<b>4. Support aux intervenants (consultation)</b>	Coordonnateur du projet + conseiller clinique + intervenants	1h00 par semaine à toutes les semaines (les 6 premiers mois)
<b>5. Élaboration d'une charte des valeurs d'équipe</b>	Équipe clinique+ secrétaire coordonnateur	3 ½ journées
<b>6. Actualisation des rencontres interdisciplinaires</b>	Coordonnateur + équipe clinique + autres personnes au besoin	1/ 2 journée par semaine à toutes les

		semaines
<b>7. Évaluation et bilan de l'implantation</b>	Tous	30 heures

## **7- Évaluation et bilan de l'implantation : un outil de développement**

Toute démarche d'implantation d'un programme, d'une structure organisationnelle ou clinique nécessite un exercice visant à évaluer, à différents niveaux, la qualité de la mise en œuvre ainsi que son impact sur les équipes et sur la clientèle.

### **7.1 But**

Un processus d'évaluation d'implantation de programme comporte des étapes distinctes. L'objectif de cette tâche est de bâtir, une fois l'analyse complétée, un rapport d'étape ou un bilan qui servira à fournir des recommandations nécessaires pour viser des actions entraînant la mise en place de nouvelles orientations dans l'intention d'améliorer le processus ou les conditions actuelles faisant suite à l'implantation.

Ces recommandations feront état, par la suite, d'un plan d'action destiné à réajuster les formules, à apporter des solutions aux problèmes et à augmenter la qualité des interventions et des services qu'offre l'établissement. L'évaluation permet aussi de mesurer l'atteinte des objectifs ciblés en début de processus.

### **7.2 Les composantes**

Voici une série d'actions permettant la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation d'un processus d'implantation.

- A. Planification et présentation des objectifs de l'exercice d'évaluation à l'ensemble des participants
  
- B. Cueillette de données au niveau des intervenants concernés, des gestionnaires, du sous-comité de l'implantation et de la clientèle (s'ils ont vécu l'expérience d'un plan de services ou d'un plan d'intervention)

- C. Compilation et analyse des données
- D. Élaboration d'un rapport ou d'un bilan et recommandations
- E. Présentation du rapport/bilan aux gestionnaires et au sous-comité d'implantation
- F. Planification d'un plan d'action
- G. Présentation du bilan et du plan d'action à l'équipe clinique
- H. Mise en application du plan d'action

### **7.3 Méthodologie d'enquête**

La cueillette de données vise à sonder l'ensemble des acteurs qui ont participé à l'implantation. Un questionnaire anonyme de type « Liket » sera présenté et rempli par les intervenants. Les questionnaires contiennent des points touchant à l'évaluation des éléments suivants :

- Le sentiment de compétence en lien avec les composantes de l'interdisciplinarité
- Une auto-évaluation de la compréhension du projet interdisciplinaire
- La volonté d'engagement auprès de l'établissement et de la clientèle
- La qualité du partenariat interne et externe
- L'animation des rencontres
- Le support administratif
- Les éléments d'une communication efficace

- Le climat de l'équipe, les valeurs d'équipe
- Le rythme de l'implantation, sa clarté, sa pertinence et sa cohérence
- La participation aux rencontres
- Les perceptions sur les impacts du projet
- Les formulaires et la consignation au dossier
- Le soutien clinique
- L'impact sur la clientèle

#### **7.4 Le bilan et les recommandations**

Les dirigeants d'établissements sont, habituellement, responsables de la mise à jour et de l'application générale des politiques et des programmes. Il revient donc à ces personnes de diffuser les résultats et les orientations, découlant de la prise de décision, en fonction du bilan et des recommandations. Les dirigeants contribuent activement à la démarche de l'évaluation et s'assurent d'apporter de nouvelles orientations et les correctifs nécessaires à la poursuite du projet.

Le bilan écrit contient les résultats de l'analyse des sondages effectués par questionnaires, les activités réalisées et les problèmes rencontrés au cours du processus ainsi que l'appréciation globale du projet implanté.

Les décisions prises en fonction de l'évaluation concernent principalement les recommandations touchant la clientèle et leurs besoins, le partenariat, les rôles et tâches de chacun des acteurs, le cheminement du dossier clinique et le résultat de la mesure des effets de l'intervention concertée.

L'exercice d'évaluation permet de formaliser le fonctionnement et les orientations d'équipe et de camper les sphères touchant la philosophie d'intervention et la

concertation clinique, les buts poursuivis étant l'amélioration des services et la qualité des relations entre les personnes qui collaborent ensemble.

### **7.5 Le plan d'action**

Le plan d'action sert à la mise en œuvre des recommandations tirées du bilan. S'apparentant à la même formule que « la planification des activités d'implantation » (réf : section 6 de ce document), le plan d'action élabore les actions à entreprendre, identifie les responsables et planifie un échéancier afin d'encadrer les nouvelles orientations.

Le plan d'action pourra lui-même faire l'objet de sa propre démarche de réévaluation en regard de l'atteinte des objectifs déterminés.



## **CONCLUSION**

L'interdisciplinarité demeure avant tout un engagement et un désir commun de concertation et de coopération entre des personnes regroupées ayant un objectif commun : les soins et services aux clients.

Cette façon d'établir une offre de services concertée favorise l'éclosion de l'amalgame des compétences professionnelles qui se révèlent à la base de son application. Le respect de chaque individu, le professionnalisme, les règles d'une communication efficace et la volonté d'unifier la démarche à tous les niveaux de gestion créera la synergie nécessaire à son déploiement.

La complexité qu'apporte l'intervention auprès des enfants en difficulté et leur famille à travers un réseau de services en perpétuel changement nécessite une ouverture et des réajustements constants impliquant à la fois une concertation efficace et souple.

L'organisation interdisciplinaire contrevient au cloisonnement des personnes et des professions et favorise le développement des habiletés relationnelles et le support direct entre les pairs. Elle sollicite les apports provenant des diverses professions d'une équipe de travail et met à profit l'ensemble de ses compétences. Elle accroît le partage des connaissances et des responsabilités, facilite les démarches à travers le réseau de services et tient compte de l'atmosphère et des valeurs positives en milieu de travail.

Les changements dans les programmes et les organisations demeurent continus et les résistances des acteurs s'avèrent une réalité incontournable. L'investissement dans les mécanismes de concertation et de collaboration soutient les équipes et l'individu dans leur adaptation au quotidien. Ainsi, le réseau y trouverait une amélioration largement nécessaire et les enfants bénéficieraient de meilleurs soins...ce qui, est-il utile de le rappeler, doit demeurer notre objectif de premier plan.

Ce plan d'implantation visait à documenter les différentes étapes afin d'intégrer le fonctionnement interdisciplinaire au sein d'une équipe de professionnels oeuvrant

auprès de la petite enfance et de leur famille. Le document mettait davantage l'emphase sur les parties mêmes du processus d'implantation alors que les aspects reliés à l'évaluation de cette approche, bien que très importants, n'ont été que brièvement traités. Il serait donc souhaitable, dans un projet futur, d'élaborer un document spécifique détaillant la démarche d'évaluation et de proposer, en annexe, des formulaires de cueillettes de données complémentaires qui serviront à nourrir et à uniformiser les échanges lors des présentations de cas par le professionnel.

L'implantation interdisciplinaire demande du temps. Elle exige des changements au niveau des habitudes d'intervention et des façons de faire. Les qualités personnelles et professionnelles de chacun des membres de l'équipe d'intervention, son climat d'ouverture et sa volonté d'engagement face à la clientèle constituent de bons indicateurs qui témoigneront de la qualité et des chances de réussite du projet.

## **Références**

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval. (2004). Proposition de développement d'un réseau local de services de santé et de services sociaux à Laval. Laval, Québec

Arama, D., Bordeleau, L. (2005). Les recommandations des « Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité », Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (santé publique) Montérégie. Québec.

Bartolucci, A. (2001). Pourquoi et pour quoi l'interdisciplinarité ? [En ligne]. <http://www.cepec.org/formation/extdoc/Interdisciplinarité.htm> (page consulté en juin 2005)

Beauséjour, D., (2002). L'éthique relationnelle professionnelle : une lecture systémique. Revue Intervention, 117, 35-43.

Boivert, D., (1990). Le plan de services individualisé. Ottawa : Éditions Agence d'ARC inc.

Le réseau D.O.F. (2004). Une approche d'intervention clinique.

Dubé, S., Turcotte, L., et Allen, M-F. (2004). La démarche d'évaluation à l'I.R.D.P.Q. Colloque de la SPEQ.

CSSS/CLSC Sorel-Tracy (2004). Le cadre de référence pour une approche d'intervention planifiée. Sorel-Tracy, Québec.

D'Amour, D. (1998). Structuration de la collaboration interpersonnelle dans les services de santé de première ligne. Thèse de doctorat, Université de Montréal.

Dolen, R. (1990). Psychologie du travail et des organisations. Le pouvoir et les conflits en milieu de travail, Québec : Gaétan Morin Éd.

Glisson, C. et Hemmelgarn, A. (1998). The effects of organizational coordination on the quality and outcomes of children's services. Child Abuse & Neglect, 22(5), 401-421.

Grenier, J. et Lemieux, M. (2003). L'interdisciplinarité au quotidien dans un contexte d'intervention en gérontologie. Revue Intervention, 118, 52-61.

Lachapelle R. (2005). Communication personnelle.

Larivière C. et Ricard, C. (1998). Formation au travail interdisciplinaire. Notes de cours, École de service social, Université de Montréal.

L'Espérance M. (2005). Communication personnelle.

Santé et Services sociaux Québec. Le système de santé et de services sociaux du Québec. [En ligne]. <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/reseau/santebref.nsf> (Page consultée en mai 2005)

Lescarbeau, R., Payette, M., et Saint-Arnaud, Y. (1996). Profession : consultant. Montréal, Québec : Presses de l'Université de Montréal.

Martin, C. et Boyer, G. (1995). Naître égaux et en santé un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité. Gouvernement du Québec et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Montréal, Québec

Painchaud, R., Guérin, D., Rocheleau, L. (1998). Dessine-moi un avenir les CLSC et la prévention auprès des enfants de 0 à 12 ans et de leur famille. Bibliothèque nationale du Québec.

Pavillon du Parc (2000). L'interdisciplinarité, guide de référence, Québec.

## **APPENDICES**

## **Appendices 1**

### **Plan d'intervention et d'allocation de services**