

Projet de recherche
international
INTERPRO (2019-2022)



**Les enjeux formatifs de l'interprofessionnalité dans
l'intervention sociale**

**Rapport de recherche
Volet Québec (Canada), Phase I**

**Louise Lemay et collaborateurs
Université de Sherbrooke
5 octobre 2020**

Rédaction et Coordination des travaux de recherche

Louise Lemay, Ph.D., professeure titulaire, École de travail social, Faculté des Lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke (UdeS). Chercheuse, membre de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSSE-CHUS). Chercheuse principale du volet québécois du projet de recherche international INTERPRO. Louise.lemay@usherbrooke.ca

Collaborateurs à la recherche ou à la rédaction ou révision du document

Audrée-Jeanne Beaudoin, M.erg, Ph.D., chercheure d'établissement. IUPLSSS, Direction de la Coordination de la Mission Universitaire, CIUSSSE-CHUS.

Mélissa Desjardins, M.t.s., adjointe à la direction de la protection de la jeunesse. CIUSSSE-CHUS.

Johanne Fleurant, t.s., Directrice de la protection de la jeunesse (DPJ), CIUSSSE-CHUS.

Emmanuelle Jasmin, Ph.D., professeure titulaire, École de réadaptation (ergothérapie), Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS), UdeS. Chercheuse, membre de l'IUPLSSS, CIUSSSE-CHUS.

Danaël Lambert, auxiliaire de recherche, candidat au doctorat en Administration, École de gestion, UdeS.

Claire-Marie Legendre, Ph.D., agente de recherche, Coordinatrice de l'axe de recherche : Développement de l'enfant dans sa famille et sa communauté (DEFC). IUPLSSS, CIUSSSE-CHUS.

Francis Livernoche, MD, FRCPC, Pédiatre général | CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Professeur adjoint, Département de pédiatrie, FMSS, UdeS.

Élodie Marion, Ph.D., professeure adjointe, Département de psychopédagogie et d'andragogie, Faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal.

Anne-Marie Tougas, Ph.D., professeure agrégée, Département de psychoéducation, Faculté d'éducation, UdeS. Chercheuse, membre de l'IUPLSSS. CIUSSS-CHUS.

Partenaire terrain principal

Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l'Estrie– Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke; représenté par : Madame Johanne Fleurant, t.s., Directrice de la protection de la jeunesse (DPJ), collaboratrice principale et Madame Mélissa Desjardins, M.t.s., adjointe à la DPJ.

Organismes subventionnaires

Cette recherche ainsi que la production du rapport de recherche ont été réalisés grâce à l'appui financier des deux organismes suivants : le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) ainsi que le programme de subvention européen ERASMUS +.

Pour citer ce rapport de recherche :

Lemay, Louise et collaborateurs (2020). Les enjeux formatifs de l'interprofessionnalité dans l'intervention sociale. Rapport de recherche, Volet Québec (Canada), phase I. Université de Sherbrooke (Québec, Canada), 5 octobre 2020, 177 pages.

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable de l'auteure principale. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes et les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

© Université de Sherbrooke, École de travail social, 2020

ISBN : 978-2-9814001-6-1 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Table des matières

1	Introduction	8
1.1	Mise en contexte : La recherche-action québécoise et l'émergence du projet international INTERPRO	8
1.2	Les phases de réalisation du projet INTERPRO et les retombées	10
1.3	Le rapport de recherche portant sur les résultats de l'enquête québécoise (2020)	10
2	Comment se vit l'interprofessionnalité sur le terrain ?	12
2.1	Introduction	12
2.2	Méthodologie	12
2.2.1	Méthodologie spécifique au projet INTERPRO, un volet de la recherche-action.....	13
2.2.2	Méthodologie spécifique aux résultats portant sur les controverses au sein du partenariat.....	14
2.3	Résultats	15
2.3.1	L'interprofessionnalité : pour qui? dans quelles conditions? et pourquoi?	15
2.3.1.1	Les raisons associées à la situation du jeune et de sa famille	16
2.3.1.2	Les raisons associées au système de soins et de services.....	17
2.3.2	L'interprofessionnalité : <i>avec qui</i> ?.....	17
2.3.2.1	Les jeunes et les parents au cœur de l'interprofessionnalité	17
2.3.2.2	Les partenaires essentiels à la collaboration ; les conditions favorables à leur présence.....	18
2.3.2.3	Les partenaires moins présents dans les espaces de collaboration	19
2.3.3	L'interprofessionnalité : <i>comment ou par quelle démarche</i>	19
2.3.3.1	2 ^e Étape : initier la démarche et mobiliser les partenaires	20
2.3.3.1.1	Qui initie ou coordonne une telle démarche de collaboration entre les partenaires ?	20
2.3.3.1.2	Quelles sont les conditions ou qualités requises pour jouer un rôle de coordination?	22
2.3.3.1.3	Quelles sont les personnes sollicitées pour participer et sur la base de quels critères?.....	23
2.3.3.1.4	Que faut-il améliorer à cette 2 ^e étape de la démarche ?	25
2.3.3.2	3 ^e Étape : Partager les expertises et développer une vision commune (rencontre Pré-PSII)	26
2.3.3.2.1	Le partage des expertises : les référents utilisés.....	26
2.3.3.2.2	Les échanges préparatoires réalisés en l'absence des parents.....	27
2.3.3.2.3	Que faut-il améliorer à cette 3 ^e étape de la démarche ?.....	28
2.3.3.3	4 ^e Étape : Réaliser la rencontre de planification de services et rédiger le plan concerté (PSII).....	28
2.3.3.3.1	La participation des jeunes à la rencontre PSII	29
2.3.3.3.2	La participation des parents à la rencontre PSII	29
2.3.3.3.3	Les objectifs atteints lors de la rencontre PSII.....	30
2.3.3.3.4	Que faut-il améliorer à cette 4 ^e étape de la démarche ?	32
2.3.4	L'interprofessionnalité : par quelles interactions ?	32
2.3.4.1	Les points de vue sont-ils traités de façon équivalente dans la discussion et la décision ?	32
2.3.4.2	Les partenaires sont-ils impliqués tant dans l'analyse que dans l'élaboration des solutions	33
2.3.4.3	Les organismes communautaires ont-ils une réelle influence sur les décisions ?	35
2.3.4.4	Les partenaires « sont-ils capables d'identifier leurs divergences et d'en discuter » ?	35
2.3.4.5	Quelles sont les principales controverses vécues sur le terrain ?	36
2.3.4.6	Les partenaires sont-ils en mesure de résoudre leurs divergences?	37
2.3.4.7	Les partenaires sont-ils capables de modifier leur rôle pour réaliser des solutions nouvelles?	37
2.3.5	L'interprofessionnalité : avec quelles compétences interprofessionnelles?.....	38

2.3.5.1	L'interprofessionnalité : quels résultats ?	40
2.3.5.2	L'évaluation des résultats du PSII à l'étape de Révision de la démarche PSII.....	40
2.3.5.3	L'évaluation des conditions associées aux collaborations intersectorielles efficaces	41
2.4	Recommandations des professionnels en vue d'améliorer les pratiques et la collaboration	43
3	Comment s'enseigne l'interprofessionnalité?	46
3.1	Introduction	46
3.2	L'INTERPRO tel qu'enseigné au sein des quatre unités de formation initiale.....	46
3.2.1	Méthodologie	46
3.2.1.1	Recrutement et participants	46
3.2.1.2	Méthodes de collecte de données.....	47
3.2.2	Résultats	47
3.3	L'INTERPRO telle qu'enseignée dans le cadre d'un cours interdisciplinaire	52
3.3.1	Introduction	52
3.3.2	Méthodologie	53
3.3.2.1	Recrutement des étudiants	53
3.3.2.2	Méthodes de collecte de données.....	53
3.3.3	Résultats	54
3.3.3.1	Autoévaluation des étudiants sur le plan compétences interprofessionnelles	54
3.3.3.1.1	La compétence « Travailler en collaboration »	55
3.3.3.1.2	La compétence « Clarifier les rôles »	55
3.3.3.1.3	La compétence « Communiquer avec d'autres »	56
3.3.3.1.4	La compétence « Participer à la résolution de conflits »	57
3.3.3.1.5	La compétence « Exercer un leadership collaboratif »	58
3.3.3.1.6	La compétence « Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté »	59
3.3.3.1.7	Conclusion : les conditions qui influencent la mobilisation des compétences.....	60
3.3.3.2	Évaluation quantitative de l'atteinte des objectifs visés et des apprentissages réalisés	62
3.3.3.3	Les apprentissages jugés les plus significatifs (3.3.1) et les aspects à approfondir (3.2.2)	64
3.3.3.4	Les facteurs ayant influencé positivement l'activité interprofessionnelle vécue	65
3.3.3.5	Les points forts de l'expérience et les points à améliorer.....	65
3.3.4	Recommandations des professionnels en matière de formation initiale	66
3.4	L'INTERPRO telle qu'enseignée en formation continue	68
3.4.1	Introduction	68
3.4.2	Méthodologie	68
3.4.3	Résultats	69
3.4.4	Recommandations des professionnels en matière de formation continue	70
3.4.4.1	Le développement de compétences interprofessionnelles.....	70
3.4.4.2	Des modalités de formation continue à privilégier	71
3.4.4.3	Le développement de savoirs communs reliés à l'intervention.....	72
4	Conclusion : recommandations générales pour le développement ou renforcement des pratiques et des compétences interprofessionnelles	73
4.1	Recommandations pour le développement ou le renforcement des démarches de partenariat	74
4.1.1	Le partenariat formel et structuré (PSI-PSII) : un passage obligé pour certains jeunes.....	74

4.1.2	La mobilisation de tous les acteurs-clés : jeune, parents, partenaires professionnels	74
4.1.3	Une reconnaissance et une sollicitation accrue des milieux communautaires	75
4.1.4	Une mobilisation accrue de certains acteurs et un soutien concret à la réalisation des démarches PSI et à la participation de tous.....	76
4.1.5	Une mise en œuvre plus rigoureuse de toutes les étapes de la démarche	76
4.1.6	Des activités de formation ou d'entraînement à la démarche PSI et des conditions gagnantes pour favoriser le maintien des acquis.....	77
4.2	Recommandations pour le développement ou le renforcement des compétences interprofessionnelles en formation initiale ou continue.....	79
4.2.1	Miser sur la clarification et la reconnaissance continue des rôles: un incontournable pour travailler en collaboration	79
4.2.2	Développer la compétence à résoudre les controverses en contexte interprofessionnel	80
4.2.3	Soutenir le développement de compétences à animer ou à exercer un leadership collaboratif en contexte interprofessionnel.....	82
4.2.4	Le développement de compétences transversales dans le cadre d'une approche-programme	83
5	Bibliographie	84
6	Annexes.....	88
6.1	Annexes : L'interprofessionnalité sur le terrain.....	88
6.1.1	Annexe 1 : Résumé de la recherche-action provinciale.....	89
6.1.2	Annexe 2 : Grille d'observation commune (Lemay, 2019)	93
6.1.3	Annexe 3 : Questionnaire en ligne : Comment se vit l'interprofessionnalité sur le terrain ?	94
6.1.4	Annexe 4 : Outil diagnostique de l'action en partenariat	107
6.2	Annexes : L'interprofessionnalité en formation initiale	113
6.2.1	Annexe 5 : Grille L'INTERPRO tel qu'enseignée : quelques repères (Lemay, 2019).....	114
6.2.2	Annexe 6 : Outil Sondage aux enseignants	115
6.2.3	Annexe 7 : La formation en travail social.....	116
6.2.3.1	La méthodologie	116
6.2.3.2	Les résultats	116
6.2.4	Annexe 8 : La formation en psychoéducation.....	119
6.2.4.1	La méthodologie	119
6.2.4.2	Les résultats	119
6.2.5	Annexe 9 : La formation en ergothérapie.....	122
6.2.5.1	La méthodologie	122
6.2.5.2	Les résultats	122
6.2.6	Annexe 10 : La formation en médecine.....	124
6.2.6.1	La méthodologie	124
6.2.6.2	Les résultats	124
6.2.7	Annexe 11 : Bibliographie commune : référents théoriques et méthodologiques	126
6.3	Annexes : L'interprofessionnalité dans le cadre d'un séminaire interdisciplinaire à la maîtrise.....	130
6.3.1	Annexe 12: Ordre du jour de l'activité interprofessionnelle en contexte interfacultaire	131
6.3.2	Annexe 13 : Q-POST : Questionnaire d'autoévaluation des compétences interprofessionnelles	135
6.3.3	Annexe 14 : Q-BILAN : Questionnaire d'évaluation – Bilan de l'expérimentation.....	142

6.3.4	Annexe 15 : Les niveaux de compétences (C) interprofessionnelles avant et après l'expérimentation, tels qu'estimés par les étudiants	148
6.3.5	Annexe 16 : Compétence : Travailler en collaboration	150
6.3.6	Annexe 17 : Compétence : Clarifier les rôles	152
6.3.7	Annexe 18 : Compétence : Communiquer avec les autres.....	154
6.3.8	Annexe 19 : Compétence : Participer à la résolution des conflits	157
6.3.9	Annexe 20 : Compétence : Exercer un leadership collaboratif.....	160
6.3.10	Annexe 21 : Compétence : Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté.....	163
6.3.11	Annexe 22 : Les points forts du cours interdisciplinaire selon les étudiants	166
6.4	Annexes : L'interprofessionnalité en formation continue	170
6.4.1	Annexe 23 : Offre de formation du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI, Université Laval)	171
6.4.2	Annexe 24 : Offre de formation des centres de formation continue de l'Université de Sherbrooke (CUFC et CFC).....	173
6.4.3	Annexe 25 : Offre de formation continue partagée (FCP)	175

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des participants en fonction des modes de collecte de données.....	15
Tableau 2 : Appréciation des objectifs atteints au terme de la rencontre PSII	31
Tableau 3 : Nature des controverses entre les partenaires (incluant les parents).....	36
Tableau 4 : Niveaux de compétences interprofessionnelles observées sur le terrain.....	39
Tableau 5 : Conditions favorables ou défavorables à l'efficacité des rencontres.....	41
Tableau 6 : Unités de formation initiale et méthodes de collecte de données.....	47
Tableau 7 : Autoévaluation des compétences interprofessionnelles en post-expérimentation :	54
Tableau 8 : Autoévaluation de nouvelles compétences interprofessionnelles exercées.....	62
Tableau 9 : Autoévaluation des apprentissages réalisés en lien avec la clarification des rôles	62
Tableau 10 : Autoévaluation de l'atteinte des objectifs spécifiques liés à la démarche PSI-PSII	63

Liste des schémas

Schéma 1 : Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux.....	15
Schéma 2 : Démarche de plan de services individualisé (PSI / PSII).....	20

1 Introduction

Ce projet de recherche s'intéresse à la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle entourant la situation des jeunes reconnus en protection ou à risque de l'être. D'envergure internationale, il mobilise cinq pays partenaires, réunissant chacun un réseau d'acteurs issus de milieux universitaires et de milieux de pratique professionnelle: Québec (Canada), Belgique, France, Bulgarie, Portugal. Ce projet, financé par l'Union européenne dans le cadre du programme ERASMUS+, s'intitule : « *Les enjeux formatifs de l'interprofessionnalité dans l'intervention sociale* ». L'acronyme du projet est INTERPRO. Le projet INTERPRO vise à répondre aux deux questions de recherche suivantes :

Comment se vit l'interprofessionnalité sur le terrain ?

Comment s'enseigne l'interprofessionnalité ?

Essentiellement il a pour but ultime de créer un module de formation destiné aux intervenants sociaux (compris au sens large) afin de les outiller pour mieux travailler plus efficacement et plus humainement dans l'interprofessionnalité. Les retombées de ce projet profiteront tant aux professionnels de terrain qu'aux étudiants de disciplines différentes appelés à développer et consolider leurs compétences interprofessionnelles dans le champ de l'intervention auprès des jeunes en difficultés et de leur famille.

1.1 Mise en contexte : La recherche-action québécoise et l'émergence du projet international INTERPRO

Ce présent rapport de recherche fait foi du volet québécois du projet INTERPRO. Au Québec, ce projet a été intégré en tant que 5^e volet d'une recherche-action en cours dirigée par la Pre Lemay. Cette recherche-action a pour contexte la problématique des jeunes dont les besoins multiples et la réalité complexe mettent au défi les réseaux de services et obligent à revisiter les pratiques partenariales courantes. Elle porte sur « l'analyse et la promotion des pratiques de médiation partenariale novatrices dans le champ de l'action intersectorielle auprès des jeunes en besoins multiples : évolution et transformation des pratiques des Équipe d'Intervention Jeunesse (ÉIJ) au Québec¹ » (Lemay, Jasmin, Ricard, 2015-2019). Essentiellement, elle a pour but de consolider, de promouvoir et de favoriser, dans les réseaux d'aide à la jeunesse, l'intégration des pratiques partenariales de pointe efficaces à répondre aux besoins de ces jeunes (Lemay, Jasmin et Ricard, 2014, protocole de recherche). Cette recherche-action actuelle constitue la phase II d'une étude précédente, également financée par le CRSH (Lemay, 2008-2011) et qui visait à documenter le modèle d'action en partenariat expérimenté dans ces ÉIJ. Ce premier projet avait notamment permis : a) de définir une pratique sociale en émergence, la « médiation partenariale » (Lemay, Giguère et Marchand, 2008), b) de rendre compte de l'expérience partenariale vécue par les parents au sein de l'ÉIJ (Lemay, 2012 a), c) de cerner les compétences et conditions requises à l'exercice du rôle de coordinateur médiateur (Lemay, Dallaire et Ricard, 2015) et des autres acteurs clés impliqués dans la démarche d'action en partenariat, et d) d'identifier les principales conditions qui contribuent à faire de ces partenariats des innovations sociales (Lemay, 2012 b, 2012 c).

Dans le contexte actuel de la réalisation de la recherche-action (phase II), la centration porte surtout sur les activités de diffusion et de transfert des connaissances, tant dans les milieux scientifiques que dans les

¹ L'Équipe d'Intervention Jeunesse (ÉIJ) est un mécanisme de coordination intersectorielle réunissant les acteurs impliqués dans des situations de jeunes vivant des problématiques multiples et complexes, et animé par un coordonnateur médiateur partenarial. Des ÉIJ sont implantées dans plusieurs régions du Québec depuis 2003.

milieux de pratique ou d'enseignement. L'émergence du projet INTERPRO s'appuie sur la reconnaissance de notre expertise québécoise sur les plans de la recherche et de l'enseignement portant sur les pratiques de partenariat intersectoriel dans le champ de l'intervention auprès des jeunes aux besoins multiples et réalités complexes. Elle a notamment permis, en 2018, d'associer des chercheurs de quatre pays de l'Union européenne désireux de prendre appui sur cette expertise québécoise pour développer un module de formation interdisciplinaire, dans le cadre de la formation universitaire ou de la formation continue. Une demande de subvention a donc été déposée en mars 2019 sous la coordination de la Belgique et obtenue dans le cadre du programme européen ERASMUS +.

Le projet INTERPRO participe donc aux efforts actuels axés sur le transfert des connaissances issues de la recherche-action et s'inscrit comme un 5^e volet de cette recherche. Un résumé de la recherche-action est présenté à l'annexe 1. L'objectif de ce nouveau volet intégré à la recherche-action en cours consiste à :

Co-construire un module de formation INTERPRO destiné à former des étudiants ou des intervenants de disciplines et de secteurs divers (santé, Social, éducation, communautaire, etc.) à travailler en interprofessionnalité dans le champ de l'intervention auprès des jeunes en difficulté et de leur famille, dans des situations où ces jeunes sont reconnus en besoin de protection ou à risque de l'être.

Au regard de la recherche-action en cours, le projet INTERPRO oriente plus spécifiquement vers l'analyse des enjeux formatifs de l'interprofessionnalité dans le champ de l'intervention entourant les jeunes et familles suivies, ou à risque de l'être, par les services de la protection de la jeunesse.

L'extrait suivant de la demande de subvention déposée dans le cadre du programme ERASMUS+ de l'Union européenne, sous la coordination de la Belgique, rend bien compte de la problématique

« Le projet INTERPRO a comme objectif de créer un module pour former les intervenants sociaux à travailler plus efficacement et plus humainement dans l'interprofessionnalité. En effet ces intervenants venant d'horizons et de secteurs variés comme le social, la santé, l'éducatif et autres... sont amenés à accompagner des personnes en difficulté avec parfois des regards et des référentiels de compétences bien différents. Ceci ne les aide pas toujours à se comprendre et à être cohérents entre eux. Cela amène parfois du désordre et des contradictions dans leurs modes d'interventions [...]. Le travail social est pris par de multiples tensions : économiques, politiques, formatives, démographiques, complexité des demandes etc. qui obligent ses praticiens à repenser leur action et à faire appel à de nouvelles manières de concevoir l'intervention. Pour reprendre les propos de Castel (1995, dans Lallement, 1998) nous avons à faire avec une métamorphose de la question sociale qui interroge les rapports sociaux et donc les liens de solidarité mais aussi la manière de faire société. [...] Notre projet souhaite décrire pour les métiers du social, de l'éducatif, du médical... et d'autres potentiellement concernés par l'accompagnement des jeunes, les types de collaborations en action sur les terrains. Il permettra d'explorer quels sont les techniques et les outils d'usage dans cette collaboration interprofessionnelle, afin de pouvoir définir les logiques d'action et de déterminer leur efficience dans le travail au quotidien. Le module de formation INTERPRO sera le résultat de cette réflexion. Il s'intégrera dans un esprit de développement social durable à une époque « où le climat, l'énergie, l'alimentation, la santé et l'éducation des êtres humains posent question » (Agten et Gillet, 2011). Il se construira sur du développement social local en utilisant les ressources de l'interprofessionnalité là elles sont, en partant de ce qu'elles sont et en leur donnant une impulsion nouvelle au travers de cette nouvelle formation » (Demande de subvention, ERASMUS +, 2019, p. 3).

1.2 Les phases de réalisation du projet INTERPRO et les retombées

Le projet de recherche INTERPRO se découpe en 3 phases. Ce rapport de recherche rend compte des résultats de l'expérience québécoise reliés à la réalisation de la phase I.

La **phase 1** (11-2019 à 09-2020) : Enquête et observation sur la manière dont se vit et s'enseigne l'interprofessionnalité dans chaque pays partenaire.

La **phase 2** (09-2020 à 11-2021) comporte deux activités. Elle est d'abord centrée sur la coproduction du module de formation INTERPRO, à partir des résultats issus des collectes de données effectuées dans les 5 pays concernés et d'autre part, sur l'expérimentation du module dans les quatre pays de l'Union européenne, « ceci sous la supervision du cinquième partenaire, du Québec (Canada), ayant une expertise reconnue sur cette Question. Cette phase concernera au total une petite centaine de personnes, étudiants, professionnels et formateurs concernés ». (Demande de subvention, 2019)

Précisons par ailleurs que, dans la foulée des expérimentations réalisées dans ces 4 pays, un séminaire de maîtrise interdisciplinaire et interfacultaire mis sur pied en 2017 par Lemay, Jasmin et Laventure, à l'Université de Sherbrooke, sera offert pour la 3e fois à l'hiver 2021, Cette activité d'enseignement permettra à des étudiants de maîtrise de 4 disciplines différentes (travail social, ergothérapie, psychoéducation, pédiatrie) de vivre, entre autres, une démarche expérientielle intensive de 2 jours portant sur l'action en partenariat intersectoriel au profit des jeunes aux besoins multiples et réalités complexes, reconnus en besoin de protection ou à risque de l'être. Le projet international INTERPRO permettra de bonifier tant cette activité de formation universitaire que les activités de formation continue en milieu de pratique.

La **phase 3** (12-2021 à 08-2022) est centrée sur l'implantation du module INTERPRO dans les cursus de formation existants, c'est-à-dire : transfert de connaissances dans les universités et milieux de pratique de chacun des 5 pays.

Enfin, l'extrait suivant traduit bien les retombées attendues de ce projet INTERPRO.

« L'impact INTERPRO attendu de ce projet est important. Sachant que l'interprofessionnalité est un peu une zone grise entre les métiers des secteurs du social, de l'éducatif et de la santé, l'attente est grande dans les différents pays partenaires de voir se construire ce module de formation aux compétences interprofessionnelles. L'impact régional et national sera au départ principalement lié aux différentes universités partenaires ainsi qu'aux institutions associées. Ceci représente dans chaque pays plusieurs cohortes d'étudiants et de professionnels sur plusieurs années. Au niveau européen, l'impact attendu est de bénéficier des apports de chaque pays participant au travers du croisement des savoirs existants et grâce à la coopération mise en œuvre lors des différentes phases d'expérimentation. Au niveau international, l'apport de l'expertise de l'Université de Sherbrooke est un plus qui profitera à l'Europe et qui apportera également une ouverture du Canada aux réalités européennes concernant l'interprofessionnalité » (Demande de subvention, ERASMUS +, 2019).

1.3 Le rapport de recherche portant sur les résultats de l'enquête québécoise (2020)

Ce rapport de recherche rend compte des résultats de quatre collectes de données effectuées au Québec et à l'Université de Sherbrooke, permettant de répondre aux deux questions de recherche principales. Chacune de ces collectes est présentée dans le rapport de façon détaillée sur le plan de la méthodologie et des résultats.

La première section du rapport répond à la 1^e question de recherche : *Comment se vit l'interprofessionnalité sur le terrain?* Elle présente les résultats issus d'une collecte de données effectuée au cours de l'hiver 2020, auprès de 24 professionnels de disciplines variées et issus de cinq grands secteurs d'activités (santé, social, éducation, petite enfance, communautaire). Ces derniers travaillent dans le champ de l'intervention jeunesse, possèdent une expérience de collaboration interprofessionnelle et intersectorielle, par exemple dans le cadre de

démarches de plans de services individualisés (PSI) et intersectoriels (PSII)² et ont collaboré au sein de partenariats impliquant des jeunes reconnus en besoin de protection ou à risque de l'être. Plusieurs ont également une fonction de soutien clinique ou de soutien à l'enseignement, leur permettant de donner également un avis sur les besoins de formation initiale des étudiants en milieu universitaire ou les besoins de formation continue des professionnels de terrain. À partir de leur expérience vécue, ces professionnels se sont prononcés entre autres sur : 1) la manière dont se pratique et se vit le partenariat intersectoriel en lien avec la clientèle ciblée, notamment dans le contexte des démarches PSI-PSII, 2) leurs perceptions des compétences mobilisées par les intervenants sur le terrain et 3) leurs recommandations d'une part, pour améliorer la pratique de partenariat professionnels et d'autre part, pour enrichir la formation initiale des étudiants et la formation continue des intervenants en regard du développement des compétences requises pour agir en contexte d'interprofessionnalité et d'intersectorialité en jeunesse. Enfin, au regard de cette première question de recherche, quelques données recueillies entre 2016 et 2018 dans le cadre de la recherche-action ont aussi été valorisées, plus spécifiquement celles qui portent sur les controverses vécues par les acteurs engagés dans des partenariats intersectoriels entourant la réponse aux besoins des jeunes vivant des problématiques multiples et complexes.

La deuxième section du rapport répond à la deuxième question de recherche : *Comment s'enseigne l'interprofessionnalité ?* Elle rend compte des trois autres collectes de données effectuées entre les mois d'avril 2019 et de mars 2020. La première partie présente les résultats issus d'une collecte de données effectuée au sein des quatre unités de formation (travail social, médecine, psychoéducation, ergothérapie) concernés par la réalisation de l'activité de maîtrise interdisciplinaire à l'Université de Sherbrooke. Elle a permis de connaître ce qui s'enseigne en matière d'interprofessionnalité et d'enrichir notre analyse des besoins de formation des étudiants en matière de compétences interprofessionnelles. La seconde partie rend compte du point de vue de 30 étudiants de trois disciplines (travail social, psychoéducation, ergothérapie) ayant participé à l'activité interdisciplinaire de l'hiver 2019 à l'Université de Sherbrooke. Les résultats rendent compte d'une part de leur évaluation des différentes composantes de l'activité, et d'autre part, de leur autoévaluation des compétences interprofessionnelles mobilisées au cours de l'activité et de leurs acquis sur ce plan. La troisième partie de cette section, présente les résultats d'une exploration documentaire sommaire des activités de formation continue offertes aux professionnels.

Enfin la conclusion générale de ce rapport ouvre sur de grandes recommandations articulées autour des deux centrations suivantes : des recommandations en vue du développement ou renforcement des pratiques entourant les démarches de partenariat PSI-PSII, des recommandations en vue du développement ou renforcement des compétences interprofessionnelles chez les étudiants (en formation initiale) ou chez les intervenants (en formation continue).

² La démarche PSI-PSII en est une d'action en partenariat intersectoriel qui réunit l'ensemble des acteurs impliqués (personne concernée, proches, partenaires professionnels) dans la situation d'une personne dont les besoins requièrent les services d'au moins deux établissements. La démarche inclut la réalisation de plusieurs étapes (analyse globale commune, planification des services et élaboration d'un plan concerté, mise en œuvre du plan, révision du plan). Cette démarche est définie et développée dans les sections 2.3.1 et 2.3.3 de ce rapport.

2 Comment se vit l'interprofessionnalité sur le terrain ?

2.1 Introduction

Au regard de cette 1^{ère} question de recherche, deux sources de données sont utilisées. La principale source puise aux résultats d'une collecte de données réalisée entre février et mars 2020 auprès de professionnels de disciplines diverses œuvrant auprès des jeunes vulnérables suivis, ou à risque de l'être, par les services de la protection de la jeunesse sur le territoire de Sherbrooke. Cette collecte a permis d'explorer deux grandes dimensions : 1) leur expérience de partenariat intersectoriel en lien avec la clientèle plus ciblée et 2) leur perception des besoins de formation des professionnels et des étudiants en regard du développement des compétences requises pour agir efficacement et humainement en contexte d'interprofessionnalité et d'intersectorialité en jeunesse.

La seconde source de données valorise quelques résultats de la recherche-action, plus spécifiquement, ceux qui portent sur la nature des controverses vécues au sein des partenariats entre les réseaux de l'Éducation et de la Santé et des Services Sociaux dans les situations de jeunes qui présentent des problèmes multiples et complexes.

2.2 Méthodologie

L'approche de recherche-action centrée sur l'analyse des pratiques intersectorielles, incluant le volet international INTERPRO, est mixte, soit qualitative et quantitative. Le cadre d'analyse puise à deux référents théoriques. D'une part, il s'appuie sur un cadre interdisciplinaire (Lemay, 2009), inspiré de la théorie de la structuration de l'action et de la conception du pouvoir chez Giddens (1987) et Hindess (1982, 1996). Ce cadre considère : 1) les actions déployées par les acteurs, 2) les raisons formulées pour expliquer ces actions, 3) les conditions du contexte qui structurent ces actions, 4) les conséquences de ces actions, et enfin 5) les attributions causales ou les raisons formulées pour expliquer les conséquences non intentionnelles de leurs actions. D'autre part, il considère le modèle de l'action en partenariat de Bilodeau (2010) plus spécifiquement les six dimensions de conditions qui assurent la qualité et le caractère innovant du processus de partenariat : 1) la couverture des perspectives ayant cours sur la question d'intérêt, 2) la mobilisation des acteurs à l'étape des choix stratégiques et non seulement opérationnels, 3) le positionnement des acteurs dans un rôle de négociation et d'influence, dépassant la consultation, 4) l'engagement des acteurs stratégiques et névralgiques en vertu de la finalité visée, 5) l'égalisation des rapports de pouvoir entre les acteurs et 6) la co-construction de l'action (Bilodeau, Galarneau, Fournier et Potvin, 2010).

Afin d'orienter la collecte et l'analyse des données recueillies plus spécifiquement dans le cadre du volet international INTERPRO, la Grille commune d'Observation de Lemay (2019)³, adoptée par l'équipe internationale, puise aux deux référents théoriques mentionnés ci-dessus ainsi qu'au référent méthodologique de Lemay et al. (2017) portant sur la démarche de plan de services individualisé (PSI)⁴. Cette grille d'observation présentée à l'annexe 2, propose 8 questions clés permettant d'explorer cette 1^{ère} question de recherche portant sur la manière dont se vit l'interprofessionnalité sur le terrain. L'interprofessionnalité : 1) Pour qui ? 2) Pourquoi ? 3) Avec qui ? 4) Dans quelles conditions ? 5) Comment ou par quelle démarche ? 6) Par quelles interactions ? 7) Avec quelles compétences interprofessionnelles ? et 8) Avec quels résultats ? (Lemay, 2019).

³ Lemay, Louise (2019). L'interprofessionnalité : Comment se vit-elle et s'enseigne-t-elle ? Vers le développement d'une grille d'observation commune. Proposition dans le cadre du Projet ÉRASMUS + : INTERPRO, Bruxelles (Belgique), 12 nov. 2019

⁴ La démarche de PSI est expliquée à la section 2.3 de ce rapport de recherche.

2.2.1 Méthodologie spécifique au projet INTERPRO, un volet de la recherche-action

Site et participants. Les participants visés par l'enquête devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : 1) travailler dans le champ de l'intervention jeunesse sur le territoire de Sherbrooke, 2) posséder une expérience de collaboration interprofessionnelle et intersectorielle significative dans le cadre de démarches de plans de services individualisés (PSI), 3) avoir collaboré au sein de partenariats impliquant des jeunes reconnus en besoin de protection ou à risque de l'être. Enfin, considérant la finalité du projet INTERPRO centrée sur le développement d'un module de formation, d'autres caractéristiques, quoique non requises, ont été considérés comme des atouts : détenir une expérience de soutien clinique ou de soutien à l'enseignement leur permettant ainsi de donner également un avis sur les besoins de formation initiale des étudiants en milieu universitaire ou les besoins de formation continue des professionnels de terrain.

Au départ, nous souhaitions recruter un total de 30 professionnels de différents secteurs d'activités. Suite à l'approbation du projet de recherche par le comité d'éthique à la recherche, et dans l'attente des autorisations institutionnelles requises pour procéder au recrutement formel, nous avons contacté, à la fin de janvier et au début de février 2020, différentes personnes pour explorer leur intérêt à participer éventuellement au projet ; 31 d'entre elles ont répondu avec enthousiasme. L'échantillonnage en est un de convenance, ces personnes étant connues des co-chercheurs du projet. Mentionnons qu'elles n'ont toutefois pas été impliquées dans les collectes de données précédentes réalisées dans le cadre de la recherche-action provinciale (Lemay et al., 2015-2019). Au final, vingt-neuf (29) personnes ont pu être recrutées formellement puisque deux d'entre elles n'ont pas reçu, de la part de leur direction, l'autorisation de participer. Les 29 personnes ont eu accès au formulaire en ligne à la mi-février, mais seulement 24 d'entre elles ont effectivement complété leur questionnaire à l'intérieur d'un délai d'un mois. Les relances ont cessé à compter du 17 mars 2020 en raison de la pandémie et des directives à l'effet de cesser toute sollicitation du personnel à des fins de recherche.

Les 24 professionnels ayant participé à la recherche œuvrent dans l'un des cinq grands secteurs d'activités suivants : social ($n=10$), santé ($n=$), éducation ($n=6$), petite enfance/milieu de garde ($n=2$), communautaire ($n=2$). Ils ont été recrutés à partir de quatre grands sites : 1) le CIUSSS de l'Estrie-CHUS, plus spécifiquement au sein des 4 directions suivantes: Direction du programme jeunesse (DPJe); Direction de la protection de la jeunesse (DPJ); Direction du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et Direction des services généraux (DSG)⁵; 2) les écoles primaires ($n=3$) et secondaire ($n=3$) de la Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke; 3) les centres de la petite enfance (CPE); 4) les organismes communautaires. Les 10 personnes œuvrant dans le secteur social public au CIUSSS-CHUS se répartissent comme suit : les services de protection de la jeunesse ($n=5$) [DPJ (2), DPJe mission CPEJ (3)], services de 1^{re} ligne (3) (DPJe mission CLSC) et services de proximité/intervention de quartier ($n=2$).

L'échantillon est composé de 19 femmes (79,2 %) et de 5 hommes (20,8 %). Les participants sont diplômés en psychoéducation ($n=9$), travail social ($n=7$), psychologie ($n=3$), pédiatrie ($n=2$), pédopsychiatrie ($n=2$), et, au niveau collégial, en éducation spécialisée ($n=1$), et en éducation à l'enfance ($n=1$). Dix personnes (41,7 %) ont réalisé des études universitaires de 1^e cycle tandis que la moitié ($n=12/24$; 50%) a réalisé des études universitaires de 2^e ($n=9$) ou de 3^e cycle ($n=3$). Enfin, deux personnes détiennent une formation collégiale technique.

⁵ Malheureusement, les trois professionnelles recrutées au sein de la Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) n'ont pas complété le questionnaire en ligne, malgré le délai d'un mois et des 3 rappels reçus (avant la pandémie). Quant aux deux autres personnes n'ayant pas complété leur questionnaire, l'une travaille dans les services de la protection de la jeunesse et n'a pu compléter pour des raisons de santé, et l'autre dans un milieu scolaire rattaché à un centre de réadaptation du CPEJ.

Sur le plan de l'expérience professionnelle, on constate un écart important entre les participants en ce qui a trait au nombre d'années d'expérience cumulé en intervention auprès des jeunes et des familles, personne la moins expérimentée ayant cumulé 9 ans d'expérience, et la plus expérimentée, 33 ans. Toutes ces personnes ont ou ont eu, soit une expérience plus spécifique d'intervention auprès de jeunes recevant des services dans le cadre de la loi sur la protection de la jeunesse ($\eta=13$; 54,2%), sinon une expérience de collaboration avec ces services.

Parmi les 24 participants recrutés, la grande majorité ($\eta=17/24$: 70,8 %) exerce ou a exercé une fonction de soutien ou conseil auprès d'autres professionnels (ex. mentor ($\eta=7$), superviseur ($\eta=3$), spécialiste en activités cliniques ($\eta=2$)). De plus, le tiers des participants ($\eta=8/24$; 33,3 %) exerce ou a exercé une fonction reliée à l'enseignement en milieu universitaire (ex. superviseur de stages ($\eta=5$), chargé de cours ($\eta=3$), professeur régulier ($\eta=3$), personne ressource invitée ($\eta=2$)).

Collecte des données. La méthode de collecte de données utilisée est un questionnaire en ligne créé sur la plateforme *Lime Survey*. L'instrument, est présenté en version Word à l'annexe 3. Il inclut d'entrée de jeu un formulaire d'information et de consentement (FIC) virtuel, dont la complétion est requise pour pouvoir accéder au questionnaire. L'outil inclut des données quantitatives et qualitatives. Les logiciels suivants ont été utilisés pour le traitement des données : QDA Miner (données qualitatives) et SPSS (données quantitatives).

2.2.2 Méthodologie spécifique aux résultats portant sur les controverses au sein du partenariat

Un autre volet de la recherche-action provinciale (Lemay, Jasmin et Ricard, 2015-2019) porte sur les pratiques interréseaux et inclut notamment une centration sur les controverses vécues entre les acteurs sur le terrain. Pour les fins de recherche relative au projet INTERPO, nous considérons ici uniquement les résultats entourant cette question : Quelles sont les controverses vécues au sein des rapports de collaboration entre des acteurs du réseau de l'Éducation, de la Santé et des services sociaux et des parents de jeunes vivant des problématiques multiples et complexes ? Ces données visent essentiellement à alimenter le point 6 de la Grille commune d'observation (Lemay, 2019) : *l'interprofessionnalité, par quelles interactions ?*

Sites et Participants. Ce volet de la recherche portant sur les pratiques interréseaux a mobilisé 62 personnes dans 9 régions du Québec. De ce nombre figurent 38 coordinateurs médiateurs partenariaux ou gestionnaires d'Équipes Intervention jeunesse (ÉIJ). Précisons qu'une ÉIJ est un mécanisme de coordination intersectorielle implanté depuis 2003 dans plusieurs régions du Québec. Rattaché aux Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), il est coordonné par un médiateur partenarial neutre qui mobilise et soutient les différents partenaires intersectoriels quand les pratiques de partenariat courantes n'arrivent pas à offrir une réponse optimale aux besoins multiples de certains jeunes. Les partenaires et les parents s'engagent à résoudre les problèmes qui entravent la réponse aux besoins et coconstruisent ensemble des solutions novatrices adaptées aux situations particulières (Lemay, Dallaire et Ricard, 2015 ; Lemay et al., 2017).

L'échantillon est diversifié sur trois plans : les statuts (gestionnaires, professionnels, 1 représentant d'association de parents), les disciplines (ex. : travailleurs sociaux, psychoéducateurs, enseignants, psychologues, conseillers en adaptation scolaire) et les secteurs d'activités (ex. : scolaire, santé, services sociaux, CPE, association de parents).

Collecte de données. Quatre collectes de données ont été réalisées entre les mois d'octobre 2016 et d'octobre 2018, par le biais de deux méthodes : 1) un questionnaire en ligne construit par le biais de l'outil de sondage en ligne *Lime Survey* (Version 2.00+) et administré à l'été 2017 et 2) des entretiens de groupe, trois par année, ont été réalisés en octobre 2016, 2017 et 2018. Le Tableau 1 précise la répartition des 62 participants en

fonction des deux méthodes de collecte de données (questionnaire et entretien de groupe) réalisées entre les mois d'octobre 2016 et d'octobre 2018.

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits. Les données qualitatives issues des entretiens et du questionnaire ont été codifiées à l'aide du logiciel QDA Miner et ont fait l'objet d'une analyse de contenu. La démarche analytique est mixte à la fois déductive et inductive (Miles et Huberman, 2003). Elle s'inscrit dans le sens des pratiques généralement admises en recherche qualitative : gestion et organisation des données, rédaction continue de résumés et matrices, description détaillée, classification en catégories, thèmes ou dimensions d'information, codage et interprétation des données pour donner un sens au matériel et présentation des données sous forme de propositions. Elle inclut une validation interjuges. Enfin, la restitution des résultats auprès des participants s'est réalisée de façon continue.

Tableau 1 : Répartition des participants en fonction des modes de collecte de données

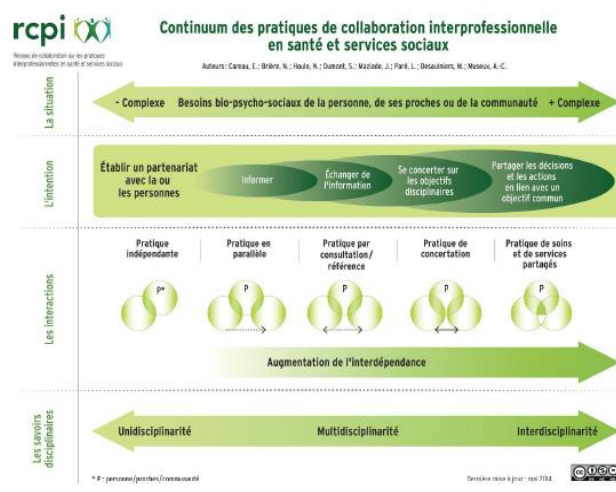
Questionnaire en ligne ⁶ 2 régions		Entretiens de groupe (2016-17-18) 8 régions : 9 centres intégrés		
2 commissions scolaires	2 ÉIJ intersectorielle	Coordonnateurs médiateurs et gestionnaires responsables d'ÉIJ (Co-Fg)		
<i>n</i> =15 (Cs)	<i>n</i> =13 (ÉIJ)	(2016) <i>n</i> =17	(2017) <i>n</i> =21 11 nouveaux *	(2018) <i>n</i> =16 6 nouveaux*
Total : <i>n</i> =28		Total : <i>n</i> = 34		

* Personnes n'ayant pas déjà participé à un entretien de groupe antérieur

2.3 Résultats

Les résultats sont présentés en fonction des grandes questions clés proposées par Lemay (2019) pour explorer la manière dont se vit l'interprofessionnalité sur le terrain. L'interprofessionnalité : *Pour qui et Pourquoi? Avec qui? Dans quelles conditions? Comment ou par quelle démarche? Par quelles interactions? Avec quelles compétences interprofessionnelles? et Avec quels résultats?* (Lemay, 2019).

Schéma 1 : Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux



2.3.1 L'interprofessionnalité : pour qui? dans quelles conditions? et pourquoi?

Dans le cadre de ce projet de recherche, nous nous intéressons plus spécifiquement aux jeunes en situation de grande vulnérabilité, reconnus en besoin de protection en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) ou à risque de l'être. Ces jeunes ont des besoins multiples et vivent des problématiques parfois complexes sur les plans individuel, familial ou social.

⁶ Les codes identifient les participants (P) et leur secteur : Cs (personnel de l'école ou de la commission scolaire), ÉIJ (membre d'une ÉIJ et œuvrant dans un secteur autre que le scolaire) et Co (coordonnateurs médiateurs partenariaux ou gestionnaires ÉIJ) et le contexte : Fg (focus group).

La réponse à leurs besoins requiert souvent la mobilisation de plusieurs professionnels. En tel cas, l'interprofessionnalité, comprise comme un ensemble d'interactions entre professionnels d'au moins deux disciplines différentes, est un passage obligé. La collaboration interprofessionnelle peut revêtir plusieurs formes. Gareau et al. (2018) propose, sous forme graphique, un « continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux ».

Ce continuum se décline en quatre axes : 1) la situation, 2) l'intention de collaboration, 3) les interactions entre les individus et 4) les savoirs disciplinaires requis pour répondre aux besoins de la personne, de ses proches ou de la communauté. Sur l'axe des interactions se situent, à une extrémité, la « pratique indépendante », et à l'autre, la « pratique de soins et de services partagés ». La complexité des besoins à répondre dans la situation (axe 1) déterminera les acteurs et les savoirs disciplinaires à mobiliser, ainsi que les interactions et le niveau d'interdépendance requis entre les acteurs.

L'interprofessionnalité dans quelles conditions ? Considérant la multiplicité des problèmes et besoins rencontrés chez les jeunes ciblés dans cette étude, et la nécessité de mobiliser des professionnels, non seulement de plusieurs disciplines, mais également de différents secteurs d'activités (santé, social, éducation, communautaire, etc.), nous nous intéressons ici à l'interprofessionnalité en contexte intersectoriel et en tant que « pratiques de soins et des services partagés ».

Au Québec, de telles pratiques, connues sous le vocable de « plan de services individualisé » (PSI) font l'objet de prescriptions légales. Ainsi, en vertu de la Loi sur la santé et les services sociaux (LSSSS), les établissements doivent élaborer pour toute clientèle concernée, des « plans de services individualisés » (PSI), ou, en vertu d'une entente interministérielle entre le MSSS et le MELS, une démarche de « plans de service individualisé et intersectoriel » (PSII), spécifiquement dans les situations de jeunes scolarisés vivant des problématiques complexes. De telles démarches de PSII en jeunesse sont nécessairement intersectorielles puisqu'elles interpellent les différents secteurs (minimalement la santé et les services sociaux et l'éducation) à travailler conjointement. Une démarche formelle de plan de services (PSI-PSII) inclut différentes étapes qui seront abordées à la section « *L'interprofessionnalité : comment ou par quelle démarche ?* »

Pourquoi amorce-t-on une telle démarche ? Quelles sont les raisons qui conduisent à la décision d'amorcer une démarche formelle de collaboration intersectorielle ou de PSI-PSII ? Au cours des dernières années, nous avons documenté les raisons ou critères qui conduisent les partenaires à référer au mécanisme de coordination intersectorielle ÉIJ et donc à la démarche rigoureuse de PSI-PSII réalisée dans ce contexte de médiation partenariale pour les situations les plus complexes. Un feuillet de la recherche-action rend compte de ces résultats (Lemay, 2013). De l'avis des 24 participants à l'étude, les raisons évoquées s'articulent autour de deux grandes dimensions : la situation du jeune et de sa famille, incluant les impacts de l'intervention sur leur situation, ou le système de soins et de services, incluant les interactions entre les partenaires.

2.3.1.1 Les raisons associées à la situation du jeune et de sa famille

La grande majorité des participants reconnaissent que les démarches de PSI ou PSII suppose la présence d'une situation ou problématique « complexe » et de « plusieurs besoins » à combler. Trois aspects sont soulevés en regard de la situation du jeune. Premièrement, l'amorce d'une démarche PSI est justifiée en raison des problématiques individuelles du jeune, notamment : des « changements de comportements majeurs » (P11-OC), une « rupture de fonctionnement » (P13-CS), ou une « atteinte importante du fonctionnement dans plus d'un milieu » (P1-CHUS), la « gravité du diagnostic » (P24-CPE) ; présence d'un « nouveau diagnostic qui amène une nouvelle trajectoire de services » (P13-CS), des « situations d'urgence récurrentes » (P12-CS), des problématiques associées au milieu scolaire (P1-CHUS, P12-CS).

Dans certains cas, la démarche est justifiée par la situation des parents, : ils sont parfois « perdus dans le dédale des services » (P20-CHUS), sont « plus démunis » (P18-DSG) ou vivent, de même que leur jeune, de l'« incompréhension » face aux services qui les entourent (P3-DPJ).

Enfin, une autre raison soulevée par plusieurs participants renvoie aux résultats ou impacts de l'intervention sur la situation du jeune. L'amorce d'une démarche apparaît requise par exemple lorsque « les services rendus ne sont pas efficaces » (P3-DPJ) ou que « les impacts sont limités » (P19-DSG) ; lorsqu'on constate une « stagnation » de la situation (P15-CHUS), une « détérioration » (P28-CS) ou un « risque de détérioration » : « malgré l'implication de plusieurs partenaires, la situation devient plus problématique (P17-CHUS).

2.3.1.2 Les raisons associées au système de soins et de services

Les raisons évoquées associées au système de soins et de services s'articulent autour de 4 grandes dimensions. D'emblée, devant la présence d'un nombre important de partenaires, on évoque la « nécessité d'arrimage » (P6-DPJ) (objectifs, services, rôles), le besoin de « se coordonner », « de définir des objectifs communs » (P5-DPJ), de « travailler dans le même sens » (P15-CHUS). Une telle coordination permet de « s'assurer que l'ensemble des besoins sont couverts » (P6-DPJ), d'« éviter un dédoublement dans les services » (P10-OC, P16-CLSC, P15-CHUS, P19-DSG) ou encore d'« éviter le clivage » entre les partenaires (P15-CHUS, P16-CLSC) ou le « marchandage, la négociation de services ou la triangulation » (P19-DS) et de s'assurer de faire preuve de « cohérence face aux parents » (P16-CLSC).

D'autres raisons ont trait aux problèmes d'accès aux services. La démarche apparaît requise par exemple quand « un ou des partenaires refusent d'offrir certains services » (P5-DPJ), lorsqu'il y a un « délai trop long de prise en charge du partenaire qui détient le mandat requis » (P17-CHUS; P20-CHUS), ou en « Présence d'un « trou de services » (P17-CHUS), lorsqu'il y a un « besoin d'ajout de services » (P26-CLSC) ou qu'il faille « orienter le jeune vers d'autres ressources » (P28-CS).

Les interactions entre les partenaires justifient également le recours aux démarches PSI. Il peut y avoir des « mésententes » entre partenaires (P28-CS), des « problématiques de collaboration » (P19-DSG). La démarche vise par exemple à « améliorer la communication » (P10-OC) ou « identifier des moyens de communication efficaces entre les partenaires et les parents » (P30-CS). Certains évoquent le manque de compréhension de certains partenaires de la problématique/situation (P20-CHUS) ou de « certaines sphères de la vie de l'enfant » (P19-DSG), un manque de vision commune (P17-CHUS, P14-CS).

Enfin, l'amorce d'une démarche de PSI est aussi justifiée par la volonté de travailler en collaboration avec le jeune et sa famille. Par exemple, on vise à favoriser leur « compréhension » et leur « motivation » (P15-CHUS) à les impliquer « dans l'identification des objectifs et moyens » (P7-DPJ), à « faire du sens » pour eux « sur qui fait quoi et sur la pertinence de chacun » (P6-DPJ) à « s'assurer d'une étroite collaboration et d'un suivi de la situation avec tous les partenaires impliqués, incluant les parents » (P30-CS).

2.3.2 L'interprofessionnalité : avec qui ?

2.3.2.1 Les jeunes et les parents au cœur de l'interprofessionnalité

L'interprofessionnalité se vit à propos et en vue de répondre aux besoins des personnes accompagnées. Elle ne trouve son sens qu'en fonction de cet intérêt supérieur commun auquel se rallient les partenaires. Au Québec, dans le cadre des démarches de plan de services individualisé entourant la réponse aux besoins des jeunes en difficulté, leur participation active et celle de leurs parents dans toutes les décisions qui les concernent

est largement promue. Ces principes fondamentaux se situent au cœur des prescrits légaux et des discours des professionnels.

Questionnés sur les aspects sur lesquels les partenaires font généralement consensus, malgré leurs controverses ou divergences de vision vécues, la grande majorité des participants à l'enquête sur le terrain ($\eta=19/24$) identifie des valeurs ou grands principes partagés tels que l'intérêt, le bien-être ou la sécurité de l'enfant, sa place « au cœur des préoccupations » (P14-CS), la reconnaissance de ses besoins et l'importance d'y « répondre en premier » (P28-CS), la « bienveillance pour améliorer la situation » (P7-DPJ), la « responsabilisation du jeune et de sa famille » (P15-CHUS), la « justice sociale » (P3-DPJ). De l'avis de plusieurs, il y a aussi convergence sur les approches utilisées auprès des jeunes et de leur famille (ex. humaniste, systémique, participative, empowerment, résolution de problèmes) ainsi que sur l'implication de la famille, le consentement des parents et la participation de l'enfant.

Au-delà de l'adhésion et du discours convergent sur ces grands principes, on constate sur le terrain que les parents sont généralement sollicités et mobilisés dans les espaces de collaboration intersectorielle lorsqu'il s'agit de prendre des décisions concernant les services à offrir à leur enfant. Quant à l'inclusion des jeunes dans ces démarches intersectorielles, on constate que les adolescents sont parfois mobilisés mais que le défi demeure d'ajuster les conditions de la collaboration à la situation particulière des jeunes, voire d'innover, afin de rendre possible leur participation et prise de parole dans ces espaces interprofessionnels. La section 2.3.2.3 portant sur la rencontre de planification de services rend compte du point de vue des professionnels sur la participation du jeune et des parents observée sur le terrain.

2.3.2.2 Les partenaires essentiels à la collaboration ; les conditions favorables à leur présence

Avec quels partenaires se vit l'interprofessionnalité dans le contexte particulier des collaborations intersectorielles ou démarches de PSI ? En ce qui a trait à la mobilisation des partenaires dans les rencontres formelles de concertation intersectorielle ou de démarches de PSI, un peu moins de la moitié des participants (10/24; 41,7%) opte pour l'énoncé suivant : « *Tous les partenaires essentiels (secteurs ou réseaux concernés) pour bien comprendre le problème et concevoir des solutions dans la situation du jeune sont mobilisés* ». Seulement deux répondants sur 10 ont affirmé que tous les acteurs concernés sont présents dans la majorité des cas de rencontres formelles de collaboration. (P11-OC; P13-CS). Or, un participant mentionne que même si les partenaires sont généralement présents, cela ne signifie pas que les services seront fournis : ils y sont « parfois avec une offre de services limitée, incomplète ou différée dans le temps selon les listes d'attente » (P13-CS).

Or, quels sont, du point de vue de ces répondants, les partenaires jugés essentiels? D'emblée on convient que les partenaires essentiels sont tous les « intervenants impliqués dans la vie de l'enfant » (P2-DPJ), ceux qui ont des contacts avec l'enfant et sa famille (P20-CHUS) ; qui sont « concernés » dans la situation (P11-OC). Outre les professionnelles, sont aussi jugés essentiels les gestionnaires ou spécialistes en activités cliniques (SAC) décisionnels pour chaque établissement représenté. (P2-DPJ). De façon plus spécifique, les milieux partenaires essentiels les plus souvent mentionnés sont dans l'ordre : Le milieu scolaire ($\eta=7/10$), les services de première ligne (CSSS ou CLSC) ($\eta=7$), les services de la protection de la jeunesse (DPJ, centre jeunesse) ($\eta=5/10$), le milieu médical ($\eta=5/10$), les services de réadaptation (CRDITED, ergothérapeute) ($\eta=4$) le milieu communautaire ($\eta=1$) lorsqu'« impliqué dans la vie de la famille » (P18-DSG) et le centre de la petite enfance (CPE) ($\eta=1$).

Enfin, quelles sont les conditions favorisant la présence des partenaires essentiels ? Des conditions spécifiques sont mises de l'avant en ce qui a trait à quelques milieux partenaires. Par exemple, les services de la protection de la jeunesse sont jugés essentiels en présence d'« enjeux liés à la sécurité et au développement de

l'enfant compromis » ou lors que dans les cas de « mesures judiciaires à respecter » (P3-DPJ). La direction de la protection de la jeunesse (DPJ) « devrait toujours y être, si impliqué, parce qu'elle doit être la gardienne du plan d'action, de sa réalisation et de sa transmission auprès des familles (P1-CHUS). De plus, la présence du médecin est jugée « importante dans les situations où une médication est entreprise ou envisagée ou s'il y a un questionnement diagnostic. » (P1-CHUS), donc, pour le « partage des « enjeux » entourant ces aspects mais aussi pour leur « connaissance de la situation depuis la naissance » de l'enfant (P3-DPJ). D'autres conditions sont jugées favorables à la présence ou collaboration des partenaires, par exemple : « prendre un temps entre partenaires afin de s'assurer des mandats de chacun et implications avant de présenter les services à la famille » (P25-CLSC); ou le fait d'avoir « avoir accès à des interprètes » (P19-DSG).

2.3.2.3 Les partenaires moins présents dans les espaces de collaboration

Force est de constater que la moitié des participants ($\eta=12/24$; 50%) s'accorde plutôt à dire que « les partenaires essentiels (secteurs ou réseaux concernés) sont mobilisés mais la participation d'autres partenaires nous permettrait de comprendre plus finement le problème et de concevoir des solutions plus adéquates ».

Les partenaires peu ou moins mobilisés (absents, peu présents ou « sous-représentés ») seraient, par ordre d'importance : le milieu médical ($\eta=8$) incluant les médecins spécialistes (ex: pédopsychiatre) ou le médecin de famille; le milieu de la santé et des services sociaux (autre que médical) ($\eta=6$) incluant surtout les services de réadaptation et Di-TSA et les services de la protection de la jeunesse ; le milieu communautaire ($\eta=2$), le milieu scolaire ($\eta=2$) et le secteur privé ($\eta=1$).

Majoritairement, les barrières identifiées par les répondants sont d'ordre organisationnel : manque de temps (ex. disponibilités réduites des secteurs médical et privé, temps passé au tribunal en CJ), manque de ressources (ex. en psychologie), service inaccessible en raison des critères d'admissibilité (ex. CRDI), des listes d'attente et délais de prise en charge (ex. CRDI; DI-TSA; CJ), changement organisationnel, roulement de personnel, organisation du travail (travail en silo et par épisode de service, système dans lequel il est « complexe d'arriver à communiquer avec certains acteurs pour planifier les rencontres » (P5-DPJe), absence de structure favorisant le travail en inter professionnalité, etc.

Trois autres barrières ont été nommées par les répondants. Premièrement, « il arrive parfois que les démarches [de collaboration] soient avortées » en raison d'un « manque de mobilisation des parents (secteurs volontaires), ce qui fait en sorte que les partenaires se retirent » (P29-CS). Deuxièmement, il est souligné que « les intervenants sociaux en protection de la jeunesse ne sollicitent pas suffisamment les ressources communautaires » (P7-DPJe); et que « l'implication des organismes communautaires pourrait être nettement supérieure » (P5-DPJe). Enfin, dans certains cas, même si les partenaires jugés essentiels sont présents, certains estiment qu'il « serait parfois intéressant que certains experts (non officiellement au dossier de l'enfant) puissent se joindre aux rencontres de discussion afin d'apporter leur expertise et un éclairage nouveau.(P14-CS). Par exemple, on rapporte que les « partenaires en DI-TSA [sont] non présents lorsque la demande est en attente » (P26-CLSC). De l'avis d'une autre personne, « tous les partenaires devraient être impliqués pour avoir une lecture la plus systémique possible du jeune » (P28-CS).

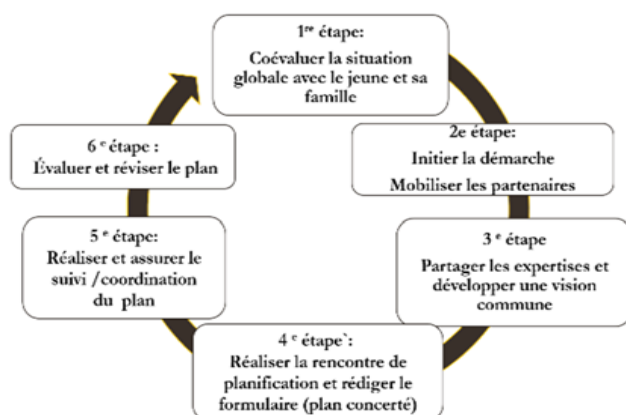
2.3.3 L'interprofessionnalité : comment ou par quelle démarche

La démarche formelle de plan de services individualisé et intersectoriel (PSII), telle que promue à la lumière des meilleures pratiques (Lemay et al., 2017), inclut généralement six grandes étapes, illustrées au Schéma 2 : 1) coévaluer avec le jeune et ses parents, la situation globale du jeune, 2) amorcer une démarche formelle de collaboration intersectorielle/PSII, 3) partager les expertises et développer une vision commune de

la situation (rencontre Pré-PSI), 4) réaliser la planification des services (rencontre PSII), 5) mettre en œuvre et coordonner le PSII, 6) réviser la situation du jeune et le PSII.

Les questions suivantes abordent les étapes 2, 3 et 4 de la démarche. L'étape 6, centrée sur l'évaluation/révision de la situation, est abordée dans la section l'interprofessionnalité : les résultats.

Schéma 2 : Démarche de plan de services individualisé (PSI / PSII)



En prenant appui sur leurs expériences vécues sur le terrain les participants ont formulé des recommandations pour améliorer les pratiques en regard des différentes étapes de la démarche.

2.3.3.1 2^e Étape : initier la démarche et mobiliser les partenaires

Selon les meilleures pratiques (Lemay et al., 2017), la démarche intersectorielle de PSI-PSII se réalise lorsque l'évaluation globale de la situation du **jeune** permet de constater l'existence de plusieurs besoins

dont la réponse requiert la participation d'intervenants de différents secteurs (scolaire, social, santé, etc.). Avec le consentement formel des parents et du jeune (de 14 ans et +), le professionnel qui amorce la démarche, informe, sollicite et mobilise les partenaires impliqués ou à impliquer, en vue d'organiser et de collaborer aux étapes suivantes de la démarche de PSII.

2.3.3.1.1 Qui initie ou coordonne une telle démarche de collaboration entre les partenaires ?

En principe, « la collaboration peut être initiée tant par un partenaire que l'autre » (P13-CS) et par « n'importe quel professionnel » (P20-CHUS). En majorité, les répondants précisent que la collaboration entre les partenaires est plus souvent initiée et coordonnée par le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ($\eta=15$). Il arrive aussi que le milieu scolaire soit l'initiateur de la démarche ($\eta=7$), mais la coordination est généralement ensuite confiée à un acteur du RSSS comme le précise cette personne : « lorsque le jeune ou sa famille n'a aucun partenaire des services psychosociaux, ce sont les professionnels des écoles qui sollicitent. Lorsque des intervenants psychosociaux s'ajoutent au dossier, ce sont eux qui coordonnent par la suite les services » (P12-CS).

Au sein du RSSS, les partenaires pouvant initier ou coordonner une collaboration sont nombreux, dans l'ordre ce sont les services de la protection de l'enfance (DPJ /évaluation) ou DPJe /applications des mesures) ($\eta=8$) ; les services de première ligne (CSSS, CLSC) ($\eta=7$), le milieu médical ($\eta=3$) et les services de réadaptation (CRDI) ($\eta=2$). Plus spécifiquement, les professionnels du RSSS impliqués dans la coordination des services sont plus souvent des intervenants psychosociaux, des travailleurs sociaux, les personnes exerçant une fonction « d'intervenant pivot ».

Enfin, les résultats révèlent une controverse entre acteurs au sein même des services de la protection de la jeunesse en ce qui a trait à leur responsabilité de coordonner la collaboration entre les partenaires. Une position est à l'effet que « lorsqu'il y a un intervenant en protection de la jeunesse, c'est sa responsabilité » de coordonner (P5-DPJe) Une autre position mise de l'avant est que « ce rôle revient, trop souvent, sous la responsabilité de la protection de la jeunesse lorsque nous sommes impliqués » (P3-DPJ).

Sur la base de quels critères décide-t-on généralement de la personne qui joue le rôle d'initier ou de coordonner les démarches de collaboration entre les partenaires? (Q26.1 et Q26.2). Les critères sur lesquels s'appuient les partenaires sont multiples. Ils s'articulent autour de deux grandes catégories selon qu'ils soient basés sur la situation du jeune et des parents ou sur les caractéristiques ou réalités des partenaires. Précisons d'emblée que trois participants ($\eta=3/24$) ont noté ne pas connaître les critères.

L'analyse révèle l'existence de quatre critères de décision basés sur la situation du jeune et de la famille. Un premier critère, celui qui est le plus évoqué, concerne la présence et le lien établi avec le jeune et la famille ($\eta=13/21$). L'intervenant exerçant le rôle de coordination est **celui qui le plus** « significatif (lien de confiance) » (P16-CLSC, P30-CS), le plus « actif », « présent » ou ayant un « contact régulier », le plus « impliqué », « depuis longtemps » (P9-CPE) et « pour un moyen long terme » (P25-CLSC, P18-DSG). Bref, il « joue un rôle clé » (P6-DPJ), et agit comme « principal intervenant » (P17-CHUS) auprès du jeune et de la famille. Un deuxième critère repose sur le degré de connaissance et **de compréhension** de la situation ($\eta=4/21$) (P7-DPJ, P29-CS), par exemple, le partenaire ciblé est celui « dont l'évaluation de la situation est la plus aboutie » (P1-CHUS). Un troisième concerne l'identification de difficultés ($\eta=2/21$) dans la situation : le partenaire « qui identifie la difficulté » (P17-CHUS) ou « observe le plus de problématiques » (P10-OC), ou encore celui « à qui les parents soulèvent un manque d'arrimage » (P17-CHUS) joue le rôle d'initier ou de coordonner. Le milieu qui initie la collaboration est aussi parfois celui où les difficultés sont les plus importantes (P1-CHUS) ou celui qui « se sent le moins outillé pour venir en aide au jeune (P10-OC) ($\eta=2$). Enfin, un dernier critère de décision repose sur la volonté de l'usager (jeune, parents) ($\eta=3/21$). Ainsi la personne est ciblée en fonction de sa « demande » (P26-CLSC), ou du « souhait des parents ou du jeune » (P30-CS), ou en fonction d'un consensus établi ensemble (P5-DPJ).

En ce qui a trait aux critères fondés sur des caractéristiques ou réalités des partenaires, l'analyse en révèle cinq. Dans certains cas, ($\eta=4/21$), la décision est fondée sur l'habitude; elle se prend en fonction de ce qui est « reconnu dans le réseau » (P13-CS), de la façon de procéder « normalement », « toujours », voire « automatiquement » (ex. DPJ). Il arrive que la décision repose sur le fait que l'intervenant est « confortable et habilité à coordonner le PSI » (P25-CLSC) ($\eta=1/21$). Or, en d'autres situations rencontrées, la décision est plutôt prise en fonction des mandats et rôles formels établis dans l'organisation ou l'équipe ($\eta=5/21$). Ainsi, une personne assume la coordination parce que cela « fait partie des fonctions propres à son rôle » (P15-CHUS). Par exemple, elle exerce un « mandat d'organisation de services auprès de la famille » (P25-CLSC), agit en tant que coordonnatrice clinique au sein de l'équipe médicale (P17-CHUS), ou « intervenant pivot », ou « porteur du dossier sur le plan psychosocial » (P29-CS). Il arrive aussi que le rôle de coordination soit attribué au partenaire qui détient du « pouvoir dans l'intervention » (P2-DPJ) ($\eta=3/21$), par exemple, le « pouvoir décisionnel » du partenaire de la DPJ (P3-DPJ), ou celui d'une « personne qui peut s'assurer que les moyens sont appliqués dans chacun des milieux » (P29-CS). Un autre critère est fonction du lien établi avec les autres partenaires ($\eta=4/21$); la personne ciblée est celle qui est le plus « en lien » (P7-DPJ) ou « en interface » avec les autres partenaires, (P6-DPJ), qui a les « meilleurs liens » (P10-OC). Enfin, un participant mentionne que la décision se prend par consensus : « lors de la première rencontre de PSI, on le convient ensemble de sorte que ce soit la meilleure personne pour tous, incluant le jeune et ses parents » (P5-DPJ).

Quelle est l'opinion des participants sur les critères qu'ils ont observés sur le terrain pour décider de la personne qui joue le rôle de coordination de la démarche de collaboration?

La plupart des participants sont satisfaits des critères qu'ils utilisent pour déterminer la personne qui initie ou coordonne les démarches de collaboration. Plusieurs critères sont qualifiés de « légitimes » (P10-OC), « bénéfiques » (P15-CHUS), « logiques » (P16-CLSC), faisant « du sens pour tous » (P7-DPJ). C'est le cas

notamment, des critères basés sur la situation de l'enfant (qualité du lien, présence, connaissance, etc.) ou sur l'attribution de la fonction de coordination à des personnes spécifiques : « c'est bien que ce soit un partenaire précis, spécifique qui désigné » (P13-CS).

Cependant, des participants ont fait part de certaines réticences dans le cas où le partenaire qui coordonne la démarche est choisi par habitude, notamment dans les situations suivies en protection de la jeunesse. Quatre participants ont émis des réserves sur le fait que la DPJ soit le partenaire qui coordonne pour différentes raisons : la LPJ est « une loi d'exception » et les intervenants ne sont « idéalement que de passage dans la vie d'un jeune et de sa famille » (P3-DPJ); le critère de « l'implication est plus logique que le pouvoir [...] les pouvoirs des intervenants PJ ne facilitent pas d'emblée l'adhésion des usagers aux démarches et peuvent même alimenter les résistances » (P2-DPJ); il y aurait « une plus-value à ce que ce soit quelqu'un d'autre qui le fasse afin de favoriser une plus grande ouverture des usagers » (P6-DPJe). Le critère mis de l'avant par un participant s'inscrit dans le sens des meilleures pratiques qui consistent à décider en concertation et dans le respect de la volonté du jeune et des parents, en fonction des besoins particuliers dans une situation donnée.

« Je crois qu'il est nettement plus satisfaisant pour tous lorsque la décision est concertée [...] Pour ma part, une démarche de collaboration interprofessionnelle s'installe au départ par une reconnaissance de l'importance de chaque acteur et de la capacité de chacun de jouer un rôle central dans la démarche. Je crois qu'il est nettement plus satisfaisant pour tous lorsque la décision est concertée » (P5-DPJe).

Enfin, il est souligné que « le développement de compétences entourant cette pratique demande beaucoup de temps pour l'intervenant » (P25-CLSC).

2.3.3.1.2 Quelles sont les conditions ou qualités requises pour jouer un rôle de coordination?

L'analyse du point de vue des participants sur cette question révèle que la centration porte presque exclusivement sur les qualités ou les caractéristiques individuelles (différents savoirs) de la personne qui exerce le rôle de coordination, et très peu sur les « conditions » environnementales qui soutiennent ce rôle ($\eta=3$). Des caractéristiques énoncées renvoient à plusieurs compétences interprofessionnelles, présentées par ordre d'importance : la communication ($\eta=18$), l'exercice du leadership ($\eta=16/24$), la pratique centrée sur la personne (jeune et famille) ($\eta=15/24$), la connaissance des réseaux et partenaires (rôles) ($\eta=7$), la collaboration ($\eta=6/24$), la résolution des conflits ($\eta=4/24$).

Sur le plan de la communication avec les autres ($\eta=18/24$), la personne doit avoir de « bonnes habiletés » (P6-DPJe) elle doit avoir une « communication efficiente avec les partenaires » (P3-DPJ P25-CLSC), et savoir « vulgariser les informations » (P29-CS). On évoque aussi la capacité de « synthèse » ($\eta=5/24$), notamment pour « résumer les positions de chacun » (P30-CS). Différentes qualités relevant de la posture ou du savoir-être en situation de communication sont aussi jugées requises par le tiers des participants ($\eta=8/24$). La personne doit faire preuve de « neutralité », c'est-à-dire, n'avoir « aucun parti pris avec aucune des équipes présentes » (P20-CHUS). Elle doit « être à l'écoute, sensible aux enjeux nommés (verbaux) et non-verbaux. » (P5-DPJe). Elle doit avoir de l'ouverture, de la créativité, de la flexibilité, etc. Enfin, la personne doit savoir « maintenir la communication » (P19-DSG) avec les partenaires.

Une importante qualité attendue de la personne qui coordonne les services, est aussi sa capacité d'exercer un leadership ($\eta=16/24$), lequel est qualifié de « mobilisateur », « bon » ou « positif », ou « collaboratif ». Notamment, ce leadership renvoie à la capacité de « susciter la collaboration » (P29-CS), de tous les partenaires, de les « faire participer ensemble » (P19-DSG), les « rallier » (P6-DPJe), les « engager » (P25-CLSC) dans la recherche, tant d'une vision globale (P19-DSG) que des solutions (P6-DPJe). Il suppose aussi de « bien maîtriser l'art de l'animation en travail d'équipe » (P20-CHUS), notamment de savoir « cadrer »

les échanges (P30-CS; P16-CLSC), « orienter et ramener un groupe » (P11-OC), voire « se positionner » (P15-CHUS).

Au regard d'une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté, il est aussi attendu, par une majorité de participants ($\eta=15/24$), que la personne qui coordonne ait une bonne connaissance et compréhension de la situation du jeune (et du « dossier ») dans son ensemble (problématique, développement et besoins du jeune, contexte familial, partenaires impliqués, etc.). Elle doit « mettre le jeune, sa famille au centre des préoccupations » (P26-CLSC), avoir une approche centrée sur la réponse aux besoins » (P7-DPJe), la « capacité de créer des « liens de confiance avec la famille » (P18-DSG).

Selon près du tiers des répondants ($\eta=7/24$), des connaissances sont requises en lien avec les rôles des acteurs. Plus précisément en lien avec la fonction de coordination, il importe d'avoir une bonne connaissance « du réseau et des partenaires » (P17-CHUS), de « l'organisation de services [...] des milieux communautaires, publiques » (P12-CS), des « ressources de la communauté » (P26-CLSC), des « mandats » des partenaires et plus spécifiquement, plus spécifiquement, il importe d'avoir une « bonne connaissance » de ceux qui sont « présents » dans la situation de l'enfant (P14-CS).

La compétence interprofessionnelle reliée à la collaboration comme telle, est abordée par le quart des répondants ($\eta=6/24$), puisque l'accent a été mis surtout sur les compétences de leadership exercés auprès des partenaires en contexte de collaboration. D'une part, la personne qui coordonne doit bien « connaître et maîtriser » les processus de collaboration PSI (P14-CS, P17-CHUS). D'autre part, on souligne l'importance de la « qualité du lien » de collaboration (P2-DPJ) établi avec les partenaires, le fait « d'être en liaison » (P3-DPJ) et d'avoir « de bonnes relations interpersonnelles » (P20-CHUS), ainsi que la « reconnaissance de leurs compétences » (P18-DSG).

Enfin, dans une proportion moindre, des participants ($\eta=4$) estiment que des compétences sont requises entourant la résolution des conflits. Il importe d'« être en mesure d'aborder les conflits » (5-DPJe), d'assurer la « gestion tensions/conflits/divergences » entre les partenaires (P25-CLSC), voire de faire de la « médiation » (P17-CHUS), et enfin, si la situation le requiert, de « défendre les droits » de la famille (P26-CLSC), d'« être en mesure de jouer un rôle d'*advocacy* » (P5-DPJe).

Pour conclure sur le plan des caractéristiques individuelles des personnes coordinatrices, deux autres catégories de qualité émergent de l'analyse des résultats. D'une part, la personne doit détenir des savoirs faire d'ordre méthodologique ($\eta=6/24$), par exemple, avoir des « capacités d'organisation », être « structuré » et « rigoureux » (1) notamment « dans le suivi » (P7-DPJe) de la démarche. D'autre part, sur le plan de l'intervention, des participants ($\eta=3/24$) jugent que l'expertise et le jugement « clinique » sont requis pour exercer un tel rôle de coordination. Quant aux « conditions » externes ou environnementales requises selon des participants ($\eta=3/24$), elles renvoient essentiellement à l'importance d'avoir des ressources « suffisantes pour assurer la coordination » (P1-CHUS) (ex. temps, « budget nécessaire »).

2.3.3.1.3 *Quelles sont les personnes sollicitées pour participer et sur la base de quels critères?*

D'emblée, qui décide des partenaires à convier à la démarche de collaboration ? Les répondants identifient trois types d'acteurs pouvant décider des personnes à solliciter dans la démarche de collaboration : la personne qui coordonne la démarche ou celle qui l'initie, lesquelles sont parfois désignées d'intervenants pivot. Il est à noter que la plupart du temps la décision résulte d'une consultation ou d'une « première proposition qui doit être ajustée à la lumière des autres participants » (P5-DPJe), ou encore « en collaboration avec la famille et les partenaires impliqués » (P25-CLSC). De plus, « un parent peut aussi suggérer » une personne (P16-CLSC). Ainsi, d'autres partenaires impliqués sont ou peuvent être sollicités en appui à cette décision. Par exemple, s'agit

d'un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux, il peut être appuyé dans sa décision par un spécialiste en activités cliniques (SAC) ou par les autres membres de son équipe. Du côté du milieu scolaire, un participant précise : si la personne « sollicite l'école, en général la direction ou le professionnel-pivot, nous décidons qui de notre milieu ira à la rencontre » (P14-CS).

Sur la base de quels critères les personnes sollicitées à participer à la démarche sont-elles sélectionnées sur le terrain ? De l'avis des participants, le choix des personnes qui participent à la démarche de collaboration peut se faire selon différents critères :

1. Si le partenaire représente une instance essentielle (ex. usager, milieu scolaire, RSSS, intervenant pivot);
2. Si le partenaire est présent et impliqué auprès du jeune et de la famille; ou si une implication « future » (P20-CHUS) est envisagée. Ainsi des partenaires participent s'ils « représentent un milieu où le jeune et sa famille reçoivent, ont reçu ou sont en attente de soins et services » (P15-CHUS);
3. Si le partenaire peut apporter une contribution potentielle à la situation. Par exemple, ils peuvent contribuer à l'analyse et la compréhension commune de la situation du fait qu'ils possèdent une « bonne connaissance » de la situation ou de la problématique (P14-CS, P17-CHUS P26-CLSC), une « perspective professionnelle unique » (P1-CHUS) ou une expertise » (P17-CHUS) pouvant répondre à « un besoin d'avis, de soutien ponctuel » (P5-DPJ). Des participants contribuent aussi du fait qu'ils ont la capacité « d'offrir des services », de « jouer un rôle dans les solutions à mettre en place » (P26-CLSC) pour répondre aux besoins du jeune ou de sa famille;
4. Si le partenaire (personne ou instance) détient un pouvoir décisionnel (P15-CHUS, P2-DPJ) notamment pour « appliquer certaines décisions administratives (par exemple, une direction d'école) » (P14-CS);
5. Si la présence d'un partenaire relève du « souhait », du « consentement » ou de « l'accord préalable » du jeune ou des parents (P3-DPJ, P7-DPJ, P16-CLSC, P30-CS).

Quel est l'avis des participants sur ces critères observés sur le terrain en ce qui a trait au choix des personnes qui participent à la démarche de collaboration ? De façon générale, ces critères sont accueillis positivement ; ils sont « nécessaires » (P3-DPJ, P5-DPJ); « adéquats » (P10-OC), « pertinents » (P9-CPE) ou « font du sens » (P26-CLSC). Ces critères peuvent être utiles à plusieurs niveaux : ils permettent de rassembler « un maximum » de partenaires pouvant travailler en étroite collaboration » (P25-CLSC) pour contribuer à « une bonne compréhension de la situation puis à la mise en œuvre concrète et dans les meilleurs délais des pistes de solution décidées, proposées » (P15-CHUS).

Cependant, des participants formulent certaines mises en garde. Premièrement, « les critères ne sont pas toujours respectés et il est arrivé que des partenaires aient été oubliés dans certaines rencontres » (P14-CS). Ainsi, les critères « doivent être considérés dans tous les dossiers » (P7-DPJ). Deuxièmement, il importe de ne pas oublier de demander « en premier » aux familles « qui intervient dans leur vie » (P18-DSG) et de les « consulter dans cette démarche » (P2-DPJ). Un participant propose même d'élargir la participation des membres du réseau de soutien naturel et communautaire en envisageant « la participation des membres de la famille / personnes significatives (membre communauté ++ impliqué; enseignant) dans ce genre de rencontre » (P19-DSG). Enfin, un autre rappelle l'importance d'une mobilisation rapide des partenaires sollicités dans les situations complexes et urgentes : « comme milieu scolaire, lorsque nous sollicitons des partenaires au dossier de l'élève, c'est parce que la situation est urgente, ou se dégrade et que l'élève et sa famille est en souffrance.; les délais d'attente avant qu'un partenaire puisse être disponible pour nous aider sont évidemment très défavorables » (P12-CS).

2.3.3.1.4 *Que faut-il améliorer à cette 2^e étape de la démarche ?*

En prenant appui sur leurs propres observations des conditions favorables et des obstacles rencontrés lors de cette 2^e étape qui consiste à initier une démarche formelle de collaboration intersectorielle ou de PSI et à mobiliser les partenaires, les participants ont émis les recommandations, regroupées ici en deux grandes catégories, selon qu'elles requièrent d'agir sur le plan organisationnel ou sur le plan des pratiques professionnelles.

Sur le plan organisationnel, les 7 recommandations formulées concernent la promotion des démarches PSI, les exigences organisationnelles sur ce plan, la formation et le soutien des intervenants, le développement de leurs connaissances sur les partenaires, le développement de voies d'accès aux services, la désignation d'agents de liaison dans tous les milieux, et des moyens de contrer les obstacles liés aux rapports hiérarchiques qui ralentit le processus de mobilisation des partenaires.

1. Promouvoir la démarche PSII, ses avantages pour tous et l'importance d'y participer; « valoriser l'impact du filet de protection social qu'apporte une telle démarche auprès des familles vulnérables » (P7-DPJ_e);
2. Exercer un leadership organisationnel : que les exigences [...] soient plus fermes et rigoureuses à l'égard des PSI ; « Ramener la culture de pratique intersectorielle au Centre jeunesse; on n'a jamais fait si peu de PSI ! » (P6-DPJ_e);
3. Former, préparer et « guider les intervenants moins expérimentés » à la démarche PSII (P30-CS); « tenir des activités de formation PSI [...] de façon intersectorielle ou décroisée » (P6-DPJ_e).
4. Favoriser une meilleure connaissance des partenaires entre eux (mandats, rôles, responsabilités, limites organisationnelles);
5. Définir des voies d'accès aux services et au bon moment, notamment un « accès aux services du réseau ou de la communauté pour les usagers suivis en protection de la jeunesse » (P6-DPJ_e); « en l'absence d'intervenants psychosociaux, qu'il puisse y avoir une voie d'accès pour demander des services (P12-CS);
6. « Faire en sorte que l'ensemble des milieux (incluant le milieu communautaires) ait un agent de liaison » (P6-DPJ_e);
7. Faciliter la communication visant à solliciter des partenaires (barrières liées aux statuts, cadre et professionnel) (ex. pour un intervenant scolaire « il est ardu d'entrer en communication avec ces personnes qui peuvent parfois ne communiquer qu'avec d'autres gestionnaires comme eux » (P12-CS).

Sur le plan des pratiques professionnelles, les 7 pistes qui émergent de l'analyse concernent la promotion des démarches PSI, l'évaluation de sa pertinence, une sélection adéquate du coordonnateur de PSI, l'information et la participation des parents, la rapidité de la mobilisation des partenaires, la représentativité et l'inclusion et la participation à toutes les étapes de tous les partenaires significatifs et enfin, la communication continue entre eux.

1. Collaborer en amont de la démarche PSI pour prévenir la détérioration des situations (P12-CS);
2. Évaluer la pertinence pour le jeune de réaliser une démarche PSI : qu'elle soit « en réponse aux besoins de l'enfant et non en réponse aux besoins organisationnels et de reddition de compte » (P5-DPJ_e);
3. « Sélectionner adéquatement » (P2-DPJ) le « coordonnateur » ou la personne qui amorce la démarche (leadership, clarté des explications (P18-DSG);
4. S'assurer de bien informer les parents et les impliquer dans la recherche des partenaires à impliquer;
5. Se mobiliser plus rapidement : soutien administratif (P6-DPJ_e), assouplissement des horaires (P10-OC);
6. Mobiliser les personnes dans un esprit de représentativité et d'inclusion : inclure davantage les parents et leur réseau de soutien (P1-CHUS), les organismes communautaires (P3-DPJ) ; Impliquer les partenaires à toutes les étapes (P28-CS);

7. Favoriser la communication entre partenaires par des mécanismes « plus simples » (P5-DPJe) et des échanges plus « réguliers, fréquents » (P28-CS).

2.3.3.2 3e Étape : Partager les expertises et développer une vision commune (rencontre Pré-PSII)

Selon les meilleures pratiques (Lemay et al., 2017), la démarche de PSII privilégie un temps d'échanges ou de rencontre préparatoire (Pré-PSI) à la rencontre de planification des services. Elle vise à mettre en commun les différentes évaluations réalisées par les professionnels (en principe, déjà connues des parents), à partager les points de vue ou opinions cliniques sur la situation, à constater parfois, l'existence de divergences de points de vue ou d'impasses liées à l'offre de services.

2.3.3.2.1 Le partage des expertises : les référents utilisés

Lors de la mise en commun et du partage des expertises, certains cadres de référence (ex. approches, modèles) sont-ils davantage privilégiés ou valorisés dans les échanges entre les partenaires? À cette question, la moitié des participants ($\eta=13/24$) mentionne qu'il existe un ou des cadres de référence davantage privilégiés ou valorisés lors des échanges entre les partenaires. Selon la majorité d'entre eux ($\eta=8/13$), l'approche écosystémique ($\eta=6/13$) ou systémique ($\eta=2/13$) est le cadre privilégié pour les raisons suivantes : il correspond au « standard du réseau » (P2-DPJ) et « rejoint généralement l'ensemble des partenaires » (P7-DPJe); il permet d'analyser et de comprendre « l'ensemble des contextes » ou des systèmes » d'influence « sur le développement » du jeune (P6-DPJe, P12-CS, P28-CS); tous les « facteurs de risque et de protection » (P6-DPJe). Enfin, il « permet de comprendre les « leviers à prioriser » (P25-CLSC), de « mener des actions sur plusieurs systèmes » (P12-CS), de faire appel à toutes les « ressources essentielles » requises (P25-CLSC) et « d'augmenter les possibilités (ou efficacité) d'atteindre les objectifs du PSI » (P12-CS, P28-CS).

De l'avis de quatre participants, l'approche biopsychosociale ou psychosociale ($\eta=4/13$) est privilégiée parce qu'elle est simple à comprendre et utiliser, renvoie à un « langage commun », ou « universel » (P17-CHUS, P3-DPJ, P30-CS), et permet de faire un « portrait de toutes les sphères de la personne (P30-CS), une « analyse complète du jeune et de sa famille » (P14-CS). Enfin, quatre participants identifient des cadres de référence différents, par exemple, l'approche cognitivo-comportementale (P17-CHUS), le Modèle comportemental de réponse à l'intervention (RAI) (P29-CS), le cadre « Services spécialisés en autisme » (P13-CS) ou encore des référents convenus dans le cadre de démarches de plan d'intervention scolaire (« PI du MEL » P-29-CS) ou de plans de services individualisés (« formations communes régionale sur les EIJ et PSI » (P26-CLSC).

Enfin, la moitié des participants à cette question ($\eta=12/24$) affirme qu'un cadre de référence commun est utilisé pour échanger ensemble sur la situation du jeune lors des démarches intersectorielles auxquelles ils ont collaboré. Les référents évoqués sont dans l'ordre : le cadre « écosystémique » « de dialogue » ou « d'analyse des besoins de développement des enfants »⁷ ($\eta=7/12$), incluant parfois l'outil Cahier d'analyse des besoins de l'enfant (CABE), le plan de services individualisé (processus ou formulaire) ($\eta=3$), l'approche biopsychosociale ($\eta=2/12$), la carte conceptuelle ($\eta=1/12$) ou le « Modèle conceptuel » de la Commission scolaire du territoire ($\eta=1/12$).

⁷ Department of Health et al. (2000). Framework for the Assessment of Children in Need and their Families. London: the Stationery Office. Traduit et adapté dans le cadre du projet initiative AIDES © Février 2007 Harmonisation AIDES/SOCEN - 25 mars 2010

2.3.3.2.2 *Les échanges préparatoires réalisés en l'absence des parents*

Enfin, lorsque les professionnels ou organisations doivent résoudre des impasses ou problèmes qui les concernent (ex. tensions ou controverses entre partenaires, divergences de vision, problèmes d'accès aux services), une rencontre de concertation (Pré-psi) a lieu sans la présence des parents. Lorsque les échanges préparatoires ont lieu sans la présence des parents, ces derniers doivent être avisés de la tenue et visée de ces échanges. Or, qu'en est-il sur le terrain participants s se sont prononcés sur cette question.

Les parents sont-ils informés des échanges préparatoires tenus en leur absence ? (Q32) Lorsque des rencontres formelles de collaboration intersectorielle entre professionnels doivent avoir lieu sans la présence des parents (ex. rencontres Pré-PSI), la majorité des participants ($\eta=19/24$; 79,2 %) affirme que ces derniers sont « toujours » informés de ces échanges et de l'objectif, alors qu'une minorité précise qu'ils sont « plus de la moitié du temps » ($\eta=4/24$; 16,7 %) ou « environ la moitié du temps » informés ($\eta=1/24$; 4,2%).

Les raisons suivantes sont évoquées pour justifier le fait qu'ils soient informés : l'obligation du fait que le « consentement » ou « l'autorisation » des parents est requis pour échanger de l'information entre partenaires ($\eta=8/24$) ou certains principes fondamentaux ($\eta=5/24$), notamment, la reconnaissance de leur place en tant que 1^e concernés, la « transparence » vue comme « une clé indispensable dans la collaboration avec les parents et les professionnels » (P5-DPJe), le devoir éthique. Les informer relève du rôle de l'intervenant pivot; c'est aussi lui qui communique ensuite « le résultat des échanges » (P19-DSG). De plus, selon ce répondant, les informer « limite les discours discriminatoires à [leur] égard » (P26-CLSC).

Quant aux raisons justifiant la position minoritaire de ne pas les informer, elles sont peu nombreuses. On évoque le fait que des « partenaires sont frileux d'annoncer les raisons claires de rencontres impliquant la PJ » (P2-DPJ), qu'il y a parfois « peu d'informations à nommer » (P11-OC) ou que « ce ne sont pas tous les intervenants [pivot] qui informent les parents de la tenue [des] rencontres » (P6-DPJe). Ce répondant mentionne que les parents sont rarement informés « à l'initiation des démarches » mais qu'ils « finissent par en être informés avant ou après » (P1-CHUS).

La question suivante a également été posée aux participants. Lorsque les parents ne sont pas présents à la rencontre Pré-PSII, une personne est-elle désignée pour s'assurer que leur point de vue soit communiqué et entendu des partenaires présents? La majorité estime qu'une personne est « toujours » ($16/24$: 66,7%) ou « plus de la moitié du temps » ($4/24$: 16,7 %) désignée pour s'assurer que leur point de vue soit communiqué et entendu des partenaires présents. Toutefois, parmi ceux qui estiment que leur point de vue est représenté, certains ($\eta=4$) n'ont jamais vécu cette situation (parent représenté) notamment parce qu'au moins un des deux parents était toujours présent (P-20-CHUS) ou parce que la rencontre « était déplacée s'ils ne pouvaient y être » (P14-CS).

Les raisons justifiant le fait de représenter leur point de vue renvoient à 3 éléments : leurs « perceptions et opinions » sont jugées « requises » (P3-DPJ), il y a « obligation légale de connaître et de ramener la position du parent » (P7-DPJe) et une personne doit pouvoir « jouer un rôle d'advocacy » (P5-DPJe). On précise que les parents sont aussi questionnés sur « l'information qu'ils ne veulent pas partager avec les partenaires, leurs craintes face à la rencontre etc. » (P26-CLSC). La personne qui joue ce rôle est celle « qui a le meilleur lien avec le parent » (P10-OC, P6-DPJe) ou qui est « la plus significative dans la situation » (P30-CS). Elle est « intervenant-pivot » ($\eta=4$), ou intervenant social ou psychosocial ($\eta=3$), ou professionnel du milieu scolaire ($\eta=3$) notamment si la « rencontre concerne l'aspect scolaire » (P30-CS). Cette personne peut être désignée par les partenaires ou suggérée par les parents. Un participant mentionne qu'en dépit du fait que les parents soient représentés, ils ne peuvent pas « entendre ni réagir aux informations » (P19-DSG). Enfin, il arrive que leur point de vue des parents ne soit pas représenté pour les raisons suivantes : « ce ne sont pas tous les intervenants

qui le font » (P6-DPJe), rien n'est fait « de manière systématique ni formelle » (P1-CHUS) ou une personne « n'est pas formellement identifié » pour les représenter (P17-CHUS).

2.3.3.2.3 *Que faut-il améliorer à cette 3e étape de la démarche ?*

En prenant appui sur leurs propres observations des conditions favorables et des obstacles rencontrés lors de cette 3e étape d'échanges ou de rencontres préparatoires (ou de rencontre Pré-PSI), les participants ont émis les recommandations suivantes en vue d'améliorer les pratiques professionnelles. Les trois principales recommandations vont dans le sens de :

1. Qualifier le déroulement et l'animation des échanges ($\eta=10/24$), par exemple : structurer la démarche (ordre du jour), clarifier l'objectif et le fonctionnement au début, clarifier et comprendre les rôles de chacun; assurer « le droit de parole » à tous, l'expression des « points de vue différents » ; manifester de « l'ouverture » et un « respect des opinions de chacun » ; se centrer « sur les faits » pour éviter les jugements;
2. Cibler les caractéristiques requises chez l'animateur ($\eta=8/24$) : une personne responsable « d'exercer ce mandat », « habituée d'animer » et « à l'aise », « compétente », « neutre » « au courant des enjeux cachés [et] en cours » (ex. coordonnateur ÉIJ);
3. Améliorer les conditions de réalisation des échanges ($\eta=6/24$) : sur le plan de l'espace (nombre de places suffisantes), du temps (plus d'échanges, éviter les rencontres consécutives Pré-Psi suivies de PSI) et des modalités d'échange (technologies/visioconférences)

Les autres recommandations renvoient à l'importance de : 1) reconnaître et soutenir la démarche sur le plan organisationnel ($\eta=4$) (ex. allouer du personnel administratif, assurer la disponibilité des participants, reconnaître le temps réel requis pour leur participation), 2) bonifier les mécanismes de communication ($\eta=4$) ((agents de liaison, suivis réguliers, courriels), 3) connaître les étapes de la démarche et le fonctionnement de cette rencontre pré-psi et se préparer aux échanges préparatoires ($\eta=3$), 4) s'assurer d'informer les parents absents « de la nature des échanges » (P17-CHUS), de « bien connaître leur point de vue » et de le communiquer lors des échanges, de s'assurer « que les décisions ne soient pas prises au pré-PSI » (P30-CS), 5) de former les étudiants et les intervenants à la collaboration interprofessionnelle, notamment au rôle d'animation dans ce contexte (P5-DPJe).

2.3.3.3 *4e Étape : Réaliser la rencontre de planification de services et rédiger le plan concerté (PSII)*

Selon les meilleures pratiques, la rencontre PSI réunit généralement les parents, le jeune (selon des modalités qui tiennent compte de sa condition) et les partenaires impliqués dans sa situation. La rencontre de PSI évite les « discussions de cas » (en principe réalisées en amont). Elle vise d'abord à développer ensemble une vision commune des besoins répondus et non répondus chez le jeune, de les prioriser et de les traduire en objectifs généraux centrés sur le jeune. Ensuite, pour chacun de ces objectifs, sont précisés les moyens pour soutenir les changements visés pour le jeune : ces moyens se traduisent en actions/ responsabilités/ services qui engagent les parents, les proches et les partenaires professionnels. Bref, au terme de cette rencontre, les besoins à répondre sont clairs et chacun sait qui fait quoi, par quels moyens et selon quelle échéance.

En se référant à la majorité des rencontres formelles de planification des services (ou rencontres PSI) vécues, les participants ont indiqué à quelle fréquence, en général, les jeunes ainsi que les parents participent à ces rencontres et évoqué les raisons qui, de leur point de vue, pouvaient expliquer cette fréquence de participation.

2.3.3.3.1 *La participation des jeunes à la rencontre PSII*

Selon le tiers des participants ($\eta=8/24$: 33,3%), les jeunes ne participent « jamais » aux rencontres PSI alors qu'une minorité ($\eta=4/24$: 16,7%) estime qu'ils participent « moins de la moitié du temps ». On justifie l'absence du jeune pour les raisons suivantes : son jeune âge, une problématique individuelle qui limite sa capacité de comprendre (trouble du spectre de l'autisme, limitations ou déficiences intellectuelles, problème graves de comportement), sa situation (horaire, besoin d'être en classe), le besoin des parents (décider sans sa présence), la présence d'enjeux cliniques ou de règles institutionnelles qui excluent les usagers dans certains contextes, et enfin, les impacts négatifs anticipés pour le jeune (ex. contexte intimidant lié au nombre élevé d'intervenants (10-15) ou stressant, risquant de le perturber, rencontre longue et non pertinente, ou éviter d'être exposé aux désaccords dans les décisions d'adultes).

En revanche, d'autres participants estiment que les jeunes participent « toujours » ($\eta=4/24$: 16,7 %), plus de la moitié du temps ($\eta=6/24$: 25 %) ou la moitié du temps ($\eta=2/24$: 8,3 %) aux rencontres formelles de collaboration. Deux grandes raisons sont évoquées pour justifier le fait que les jeunes sont « toujours » ou « plus de la moitié du temps » présents. Premièrement, des valeurs et principes de participation active sont mis de l'avant : sa présence « est essentielle » (P10-OC), en tant qu'« expert de sa vie » (26-CLSC), le jeune est « au cœur » de la démarche (P10-OC; P15-CHUS, P29-CS; P28-CS) et « acteur dans la recherche et l'application des solutions » (P26-CLSC) il doit donc « toujours prendre part aux discussions et donner [son] avis en tout temps » (P7-DPJe). Sa participation (« adolescent ») est importante même s'il « participe peu ou adopte un rôle plus passif » (P6-DPJe). Deuxièmement, on estime que leur participation aurait des retombées positives pour le jeune ; elle lui « permet de comprendre, de s'impliquer, de se prendre en charge » (P10-OC), de constater « que les gens sont mobilisés autour de lui pour trouver des solutions pour l'aider » (P6-DPJe), d'être rassuré de voir « que tous les partenaires vont dans la même direction » (P15-CHUS) et de « participer aux pistes de solutions » (P15-CHUS). D'autres raisons sont évoquées pour justifier le fait qu'un jeune participe, par exemple, son âge (adolescent), sa capacité de comprendre, son accord à participer ou sa mobilisation, enfin, des conditions propices, par exemple, la prise en compte de sa disponibilité.

2.3.3.3.2 *La participation des parents à la rencontre PSII*

Selon la moitié des répondants ($\eta=13/24$; 54.2%) les parents participent « toujours » aux rencontres formelles de planification des services (ou rencontres PSI) et selon plus du tiers ($\eta=9/24$; 37.5%), les parents y participent « plus de la moitié du temps ». Enfin, un participant estime qu'ils participent « moins de la moitié du temps » et un autre, qu'ils ne participent « jamais ».

Quelles sont, du point de vue des participants, les raisons justifiant cette fréquence de participation des parents aux rencontres PSII? Elles s'articulent autour des quatre grandes dimensions suivantes : 1) l'adhésion des partenaires à des principes ou valeurs ($\eta=6$) (ex. parent partenaire prioritaire, premier responsable, expert de son milieu et de son enfant); 2) les nombreux impacts positifs pour les parents du fait de leur participation ($\eta=5$) (énumérés ci-dessous), 3) les caractéristiques des parents ($\eta=2$) (ex. parents engagés, intéressés, soucieux de connaître les partenaires impliqués et de s'assurer de la réponse aux besoins de l'enfant), et 4) des conditions de planification des rencontres qui favorisent leur participation ($\eta=2$) (ex. prise en compte de leur disponibilité).

Comme mentionné, la participation des parents est justifiée en raison des avantages retirés de cette participation. Les participants évoquent les retombées suivantes pour les parents :

- Constater que « tous les partenaires vont dans la même direction » est « rassurant » (P15-CHUS);
- « Faire du sens sur le travail de chacun » à travers le processus (P6-DPJe);

- Pouvoir « Travailler en partenariat avec les professionnels » (P10-OC);
- Pouvoir « partager leurs visions, leurs limites ou leurs craintes » (P10-OC); « s'exprimer eux-mêmes sur leur vécu » (P15-CHUS);
- « Constater qu'ils doivent participer aux pistes de solution (responsabilisation) » (P15-CHUS);
- Pouvoir Jouer un rôle « dans l'application des mesures (décisions) identifiées pour la suite » (P29-CS);
- « Mieux comprendre l'organisation des réseaux de santé, scolaire, communautaire » (P15-CHUS);
- Pouvoir constater une amélioration dans le déploiement des services : « La présence des parents est « appréciée » car le « déploiement des services a souvent fait défaut avant d'élaborer un PSI » (P3-DPJ).

Les raisons évoquées pour justifier leur absence, sont moins nombreuses considérant que forte participation à ces rencontres. Elles renvoient aussi à quatre dimensions : 1) les caractéristiques des parents (ex. parents désillusionnés, peu mobilisés, ne voulant pas être présents), 2) les contraintes liées à leur contexte ou conditions de vie (ex. enjeux de transport, un imprévu), 3) les contextes ou types de rencontres auxquelles ils ne sont pas conviés (ex. discussion sur les mandats des partenaires, table de discussion en pédopsychiatrie), 4) les contraintes perçues par des partenaires ($\eta=2$) du fait de la présence des parents (ex. moins de liberté d'expression, devoir contextualiser, adapter le discours, présence d'enjeux confrontant, avec risque d'argumentation de la part des parents et de prolongation de la rencontre, être moins productif).

2.3.3.3.3 *Les objectifs atteints lors de la rencontre PSII*

Enfin, au terme de cette 4^e étape centrée sur la planification des services (rencontre PSII), (Q37) quels sont les objectifs atteints ou pratiques clés réalisées en lien avec cette étape. ? le Tableau 2 suivant rend compte de l'appréciation des participants au regard de sept indicateurs d'objectifs à atteindre au terme de la rencontre de planification des services et de l'élaboration du plan concerté PSII.

À la lumière de ces données quantitatives, il est possible de constater que du point de vue des participants, les trois premiers objectifs « toujours » ou « plus de la moitié du temps » atteints, renvoient dans l'ordre aux indicateurs suivants : « les objectifs sont centrés sur le jeune » ($\eta=23/24$) ; « un partenaire est clairement désigné pour assurer le suivi ou la coordination des actions / services des partenaires impliqués » ($\eta=21/24$); « les moyens, actions ou responsabilités sont clairement identifiés : chacun (parents, proches, partenaires) sait clairement qui fait quoi » ($\eta=20/24$).

Tableau 2 : Appréciation des objectifs atteints au terme de la rencontre PSII

Indicateurs d'atteinte des objectifs visés à la rencontre de planification des services (PSII)	Toujours	Plus de la moitié du temps	Environ la moitié du temps	Moins de la moitié du temps	Jamais
1) Les objectifs sont centrés sur le jeune (non sur les parents ou les partenaires)	$\eta=10/24$; 41,7 %	$\eta=13/24$; 54,2 %	$\eta=1/24$; 4,2 %	-	-
2) Les moyens, actions ou responsabilités sont clairement identifiés : chacun (parents, proches, partenaires) sait clairement qui fait quoi	$\eta=8/24$; 33,3 %	$\eta=12/24$; 50 %	$\eta=4/24$; 16,7 %	-	-
3) La planification des services est validée par les parents	$\eta=7/24$; 29,2 %	$\eta=10/24$; 41,7 %	$\eta=3/24$; 12,5 %	$\eta=3/24$; 12,5 %	$\eta=1/24$; 4,2 %
4) La planification des services est validée avec le jeune (dans des modalités qui tiennent compte de sa situation)	$\eta=5/25$; 20,8 %	$\eta=1/24$; 4,2 %	$\eta=6/24$; 25 %	$\eta=5/25$; 20,8 %	$\eta=7/24$; 29,2 %
5) La planification des services est écrite et consignée dans un formulaire sous une forme accessible à tous	$\eta=11/24$; 45,8 %	$\eta=8/24$; 33,3 %	$\eta=2/24$; 8,3 %	$\eta=3/24$; 12,5 %	-
6) Un partenaire est clairement désigné pour assurer le suivi ou la coordination des actions / services des partenaires impliqués	$\eta=14/24$; 58,3 %	$\eta=7/24$; 29,2 %	$\eta=2/24$; 8,3 %	$\eta=1/24$; 4,2 %	-
7) Des moyens / mécanismes de suivi sont prévus et entendus entre tous pour rendre compte de l'évolution de la situation et pour assurer une communication continue entre tous et avec les parents	$\eta=6/24$; 25 %	$\eta=11/24$; 45,8 %	$\eta=6/24$; 25 %	$\eta=6/24$; 25 %	-

Enfin, en examinant les données cumulatives concernant les objectifs qui seraient atteints « environ la moitié du temps », « moins de la moitié du temps », voire « jamais » atteints, nous proposons 4 recommandations, présentées par ordre de priorité, pour qualifier les pratiques en vue d'atteindre les objectifs visés par cette étape :

- Valider la planification des services avec le jeune dans des modalités qui tiennent compte de sa situation. Cela peut supposer, par exemple, de rendre compte verbalement de l'essentiel du plan concerté ou de traduire l'outil sous une forme visuelle accessible pour le jeune (ex. pictogramme);
- Prévoir ensemble des moyens / mécanismes de suivi pour rendre compte de l'évolution de la situation et pour assurer une communication continue entre tous et avec les parents;
- Valider la planification des services avec les parents. Bien que les parents soient généralement présents lors de la rencontre de planification, les meilleures pratiques vont dans le sens de valider

- le plan concerté a posteriori, considérant le fait que cette rencontre est souvent chargée d'émotions pour eux;
- S'assurer que la planification des services soit écrite et consignée dans un formulaire sous une forme accessible à tous.

2.3.3.3.4 *Que faut-il améliorer à cette 4^e étape de la démarche ?*

En prenant appui sur leurs propres observations des conditions favorables et des obstacles rencontrés lors de cette 4^e étape formelle de planification des services (rencontre PSII), les participants ont émis les recommandations suivantes en vue d'améliorer les pratiques professionnelles. Elles renvoient aux grandes dimensions suivantes présentées, par ordre de priorité, en fonction du nombre de répondants ayant formulé une proposition :

- 1) **Structuration** (ex. ordre du jour, objectif clair) **et animation des échanges** au cours de la rencontre (ex. recadrage, centration sur les besoins, temps alloué pour le partage des points de vue, l'analyse, le plan d'action-objectifs et moyens précisés) ($\eta=11/24$);
- 2) Participation et implication des jeunes, parents ou famille à la rencontre (ex. présence, préparation, compréhension, implication accrue) ($\eta=10/24$);
- 3) **Communication ou suivis réalisés suite à la rencontre** (ex. mécanismes de communication continus, révision, fermeture, diffusion du plan) ($\eta=10/24$);
- 4) **Participation et disponibilité des partenaires professionnels** (ex. plages horaire préétablies, présence de tous, stabilité des participants, pouvoir de décider) ($\eta=8/24$);
- 5) **Moyens concrets pour soutenir la réalisation de l'étape** (prise de notes, formulaire simple, diffusion, etc.) ($\eta=5/24$);
- 6) **Préparation, actions préalables à la rencontre PSII** (ex. compréhension de la démarche, pré-psi réalisé, enjeux interprofessionnels abordés avant) ($\eta=3/24$);
- 7) **Posture et éthique** ($\eta=2/24$) (ex. professionnalisme, confidentialité);
- 8) **Formation** (initiale et continue) à différents moments du parcours ($\eta=1/24$).

2.3.4 *L'interprofessionnalité : par quelles interactions ?*

Cette section rend compte des résultats entourant quelques dimensions de l'action en partenariat et des rapports entre acteurs, telles que proposées dans l'outil d'évaluation diagnostique de Bilodeau et *al.* (2010) présenté à l'Annexe 4 et reprises dans le cadre de la collecte de donnée réalisée sur le territoire de Sherbrooke. En prenant appui sur leur expérience vécue en matière de collaboration intersectorielle, les participants se sont prononcés sur quelques questions extraites de cet outil présenté à l'annexe 4.

2.3.4.1 *Les points de vue sont-ils traités de façon équivalente dans la discussion et la décision ?*

La plupart des répondants ($\eta=14/24$; 58,3%) estime que, dans la majorité de leurs expériences de rencontres formelles de collaboration intersectorielle ou PSI, tous les partenaires expriment leur point de vue, mais, les points de vue de ceux ayant davantage de pouvoir sont davantage pris en compte dans les décisions. Par contre, les points de vue ne sont pas traités de façon équivalente dans plusieurs situations : présence d'un supérieur hiérarchique d'un intervenant (P2-DPJ; P12-CS); plus de poids pour le point de vue de l'intervenant qui connaît le mieux le dossier (P1-CHUS); présence d'un médecin (« hiérarchie naturelle » dans la représentation de plusieurs personnes) (P19-DSG). Les points de vue de certains partenaires sont plus considérés que d'autres. Ainsi, il semble que les partenaires actifs (P17-CHUS), les partenaires de deuxième ligne (spécialisés) tel que la DPJ (P6-DPJ; P2-DPJ; P6-DPJ; P30-CS) et les partenaires du milieu médical (P9-CPE; P14-CS; P18-DSG; P6-DPJ; P3-DPJ; P1-CHUS) puissent avoir une forte influence sur les décisions. À

l'inverse, l'opinion de certains partenaires peut aussi être considérée comme ayant moins d'importance que les autres. Les répondants ont nommé les enfants et les parents (P5-DPJe), le milieu scolaire (P12-CS) et les milieux de garde (P24-CPE).

2.3.4.2 Les partenaires sont-ils impliqués tant dans l'analyse que dans l'élaboration des solutions

Rappelons que dans un partenariat optimal, les partenaires sont activement impliqués dans l'analyse des problèmes et l'élaboration des solutions et non seulement dans l'exécution (Bilodeau et al., 2010). La majorité des répondants ($\eta = 16/24$; 66,7 %) considère que c'est le cas effectivement, considérant leur propre expérience de collaboration intersectorielle. Dans une proportion moindre, certains participants ($\eta = 5/24$; 20,8%) considèrent que « les partenaires sont impliqués dans les décisions sur les solutions à des problèmes qui sont définis par d'autres partenaires ou instances telles que les institutions publiques ». Enfin, selon une minorité ($\eta = 3/24$: 12,5%), « les partenaires sont impliqués uniquement dans la mise en œuvre de solutions décidées par d'autres partenaires ou instances telles que les institutions publiques ». Or, qu'est-ce qui justifie ces divers positionnements ? L'analyse des résultats met en lumière les conditions favorables et les obstacles qui contribuent au fait que les partenaires sont plus ou moins impliqués à toutes les étapes de la démarche de collaboration (analyse, décision, solutions).

Les conditions favorables. L'analyse des résultats permet de faire émerger les trois grandes catégories suivantes en regard des conditions facilitant la participation des partenaires à toutes les étapes de la démarche : les rapports fondés sur la collaboration et la responsabilité individuelle et collective entre partenaires ($\eta = 10$), les caractéristiques des rencontres intersectorielles (structure, fonctionnement) ($\eta = 7$) et la reconnaissance des partenaires de la nécessité de collaborer et leur volonté individuelle et capacité de s'impliquer ($\eta = 3$).

Premièrement, les rapports de partenariats vécus lorsque fondés sur la coconstruction et la responsabilité individuelle et collective entre partenaires figurent au 1^e rang des facteurs facilitant la participation des acteurs à toute la démarche de collaboration. Un participant parle d'une « approche de coconstruction de l'information concernant l'enfant » (P19-DSG) permettant que l'expertise de tout le monde soit « mise à contribution » et partagée « ouvertement » à tous (famille, parents, partenaires professionnels), qu'il s'agisse des difficultés et enjeux, des observations, évaluations, réussites ou pistes de solutions (P19-DSG; P9-CPE). Le sentiment qui en résulte est que tous les partenaires ont une « voix au chapitre » sur tous les aspects (P14-CLSC), que l'apport de chacun est reconnu « pertinent et aidant » (P12-CS); que toute « les réflexions sont reconnues comme très importantes » (P25-CLSC). On évoque le fait qu'il n'y a « pas de hiérarchisation entre partenaires » (P15-CHUS). Par exemple, un participant évoque ses expériences vécues avec le milieu scolaire, axées sur la « collaboration » plutôt que sur des « décisions prises sans concertation ou imposées » : « il y a toujours eu un climat visant à écouter, sonder et prendre en considération ce que le milieu scolaire peut offrir au jeune comme intervention » (P13-CS). Enfin, une autre condition liée à cette collaboration renvoie à la responsabilité individuelle et collective des partenaires. Par exemple, certains observent que « les partenaires parviennent à soulever les défis qui leur sont propres et à reconnaître leur part dans le plan d'action » (P1-CHUS); qu'ils « ont des objectifs et moyens qui sont définis selon les besoins du jeune et leur expertise professionnelle » (P28-CS). On évoque le sentiment d'une « responsabilité grandement partagée » (P14-CS) et d'une reconnaissance commune de la nécessité parfois de « faire usage de créativité et de sortir de son mandat afin d'en arriver à améliorer la situation de détresse vécue par le jeune et sa famille » (P15-CHUS). Les équipes intervention jeunesse (ÉIJ) visent à relever un tel défi de partenariat : « Cela est tenté dans les ÉIJ » (P16-CLSC).

Deuxièmement, les caractéristiques des rencontres influencent favorablement cette participation quand, par exemple, de « bonnes parties de la rencontre » sont consacrées à l'analyse et à la recherche de pistes de solutions (P30-CS), et que « tous les partenaires sont [...] interpellés » (P25-CLSC); qu'un « tour de table » permet à chacun de s'exprimer (P18-DSG), et que « les discussions laissent place à l'opinion de chacun » (P2-DPJ). Une autre condition favorable soulevée est la volonté de tous se mobiliser pour « en arriver à une compréhension globale » de la problématique « sans aucun jugement » (P15-CHUS). Par ailleurs, cette compréhension doit être construite en présence des partenaires: « qui sont impliqués directement auprès de l'enfant et de sa famille » et non « des représentants des institutions » afin d'éviter de parler de « son problème de façon théorique » (P20-CHUS).

Enfin, il est souligné que « de façon générale », les partenaires « veulent être impliqués dans l'analyse de la situation (du moins dans leur sphère d'intervention) et dans l'élaboration des solutions » (P26-CLSC), qu'ils partagent « la même vision du caractère essentiel du travail de collaboration entre les partenaires dans le travail auprès des jeunes et de leur famille » (P15-CHUS) et qu'ils « ont à cœur de travailler en concertation et en étroite collaboration afin d'en arriver à une résolution de la problématique (ou, du moins, son amélioration) » (P15-CHUS). Toutefois, cette « excellente collaboration » est possible « en général lorsque tous les professionnels sont disponibles et trouvent un temps commun » (P10-OC).

Les obstacles. Force est de constater, précise un participant, que « le processus n'est pas toujours fait en co-construction : il faut le rappeler, le demander, s'imposer parfois » (P11-OC). Les obstacles mis de l'avant pour expliquer le fait que les partenaires ne soient pas ou peu impliqués à toutes les étapes de la démarche (analyse, décision, solutions) s'**articulent** autour des quatre dimensions suivantes : certaines conditions de mise en place de la collaboration et ses objectifs ($\eta=4$), des contraintes organisationnelles à mettre en œuvre les solutions ($\eta=4$), des enjeux et rapports de pouvoir entre partenaires ($\eta=3$), et le défi de réaliser une analyse « commune » ($\eta=2$).

Premièrement, en ce qui a trait aux conditions de mise en place de la collaboration, des obstacles sont liés au fait que « la concertation a lieu » à un « moment où la situation est critique et dans l'urgence » et « dans le but d'ajouter des partenaires au dossier ou [...] pour modifier une configuration de services » (P29-CS). Dans certains cas, l'absence d'objectif commun contribue au retrait des partenaires et au retour au « travail en silo » comme le précise un participant : « si l'objectif commun ne convient pas à tous, il n'est pas rare que le service se retire ne se sentant pas concerné ou ne croyant plus à la démarche » (P5-DPJe). Enfin les partenaires ne participent pas toujours à la définition des problèmes, notamment dans des situations où le problème est déterminé par un partenaire qui initie la collaboration (ex. en processus ÉIJ) ou se trouve défini par la loi (ex. alinéas de la LPJ). En tels cas, les autres partenaires sont surtout « mis à contribution pour trouver des solutions » (P6-DPJe), par exemple dans le contexte de la LPJ, pour « aider à mettre fin à la situation de compromission » (P7-DPJe).

Deuxièmement, certains obstacles soulevés indiquent que la collaboration est « parfois plus difficile à l'étape des pistes de solutions » (P18-DSG). Certains de ces obstacles sont d'ordre organisationnel, par exemple, une « pénurie de main d'œuvre » qui influence « la gestion du temps et des présences » (P26-CLSC); des « enjeux administratifs ou disponibilité de ressources humaines ou des délais d'attente inhumains ou des trous de services » (P12-CS); des « coupures » qui mettent fin à certaines collaborations entre secteurs sur le plan de la mise en place de solutions (ex. « l'éducatrice spécialisée » du RSSS n'élabore plus de « plan de soutien » pour « soutenir le développement de l'enfant » en CPE) (P24-CPE). Ainsi, malgré la volonté des partenaires « d'être impliqués » à tous les niveaux (analyse et solutions), cette implication « demeure à travailler du fait qu'elle « repose encore souvent sur la volonté personnelle des participants » (P26-CLSC).

Troisièmement, d'autres obstacles renvoient plutôt aux enjeux et rapports de pouvoir entre partenaires. Les contraintes organisationnelles donnent parfois lieu à des luttes de pouvoir : « parfois l'élaboration et l'exécution des solutions proposées se négocie difficilement [...] « on se lance la balle sur qui devrait procéder à l'exécution de la solution proposée » (P12-CS). Soulignons que les parents sont parfois témoins de telles joutes : « et tout ça, devant les parents qui assistent impuissants à cette discussion. C'est malaisant et c'est arrivé presque à chaque rencontre à laquelle j'ai participé » (P12-CS). Un autre obstacle à la participation de tous à la mise en œuvre de solutions résulte parfois du fait que des partenaires estiment que cette responsabilité relève d'un seul partenaire, par exemple dans les cas de jeunes suivis par les services de la protection de la jeunesse : « il se produit, quasi à chaque fois, une attente envers l'intervenant en protection de la jeunesse pour le déploiement de toutes les solutions et/ou ajout de services auprès du jeune et de sa famille » (P3-DPJ). L'établissement de rapports hiérarchiques entre partenaires et les inégalités de points de vue sont aussi soulevés comme obstacles à la participation de tous comme en témoigne un participant : « un rapport hiérarchique est souvent présent lors de présence de personnes de services plus spécialisés, ou entre les installations du réseau vs communautaire » : « c'est comme si les points de vue avaient une valeur différente, en fonction du statut professionnel, du positionnement dans la hiérarchie institutionnelle et sociale » (P5-DPJe). Enfin, des enjeux liés au pouvoir décisionnel des acteurs en présence sont aussi soulevés comme obstacle à la mise en œuvre des solutions. Par exemple, l'absence de décideurs lors des rencontres oblige à « soumettre les solutions proposées aux supérieurs immédiats », ce qui « occasionne des délais pour le choix des solutions » (P12-CS).

Enfin, selon un participant, « l'analyse des besoins ne se fait pas toujours en équipe » (P28-CS). De plus, soutient une autre personne, bien qu'il soit possible d'arriver « à une vision complémentaire » de la situation, une analyse « commune » est difficile à réaliser du fait de la diversité des « champs d'action et de compétence » (P2-DPJ), rencontré dans un contexte intersectoriel.

2.3.4.3 Les organismes communautaires ont-ils une réelle influence sur les décisions ?

Sur les 24 répondants, seulement 8 (33,3 %) ont répondu que les partenaires du communautaire ont autant d'influence sur les décisions que les autres membres partenaires et qu'ils peuvent apporter un « éclairage différent sur la situation de l'enfant » (P14-CS). Cependant, pour la majorité des répondants, les partenaires communautaires ne sont « pas » ou « moins » entendus et leur point de vue est « moins » ou « pas » pris en compte lors des décisions. Ainsi, plusieurs ont indiqué que ces partenaires sont rarement impliqués. Ils ne sont pas toujours invités lors des rencontres formelles de collaboration intersectorielle. Il arrive aussi qu'ils soient présents mais que leur opinion ne soit pas considérée dans les décisions. Selon plusieurs répondants, cela serait dû : à une « méconnaissance de l'existence de certains organismes communautaires » (P25-CLSC); au fait que le communautaire ne connaît pas le réseau de la santé ni les services qui y sont offerts ou au fait que l'expertise du communautaire est « peu considérée » par les partenaires institutionnels (P11-OC). Deux répondants ont indiqué que les partenaires communautaires sont « trop peu impliqués » et qu'il faudrait qu'ils soient plus présents (P3-DPJ). Un des répondants issus du communautaire a spécifié que le communautaire doit « travailler très fort, à chaque fois » afin que leur opinion soit considérée et respectée (P11-OC).

2.3.4.4 Les partenaires « sont-ils capables d'identifier leurs divergences et d'en discuter » ?

À cette question, plus de la moitié des répondants ($\eta=17/24$; 70,8%) ont répondu que lors de rencontres formelles de collaboration, les partenaires expriment des points de vue qui peuvent être divergents et sont capables d'en discuter ouvertement. La majorité considère qu'il est possible d'exprimer et de discuter des divergences même si l'exercice peut s'avérer difficile. Ces discussions peuvent avoir des impacts positifs tels

que : générer des « solutions efficaces » (P12-CS), permette de « comprendre la réalité de l'autre » (P12-CS), ou encore « d'être créatifs! » (P20-CHUS). Ces discussions sont rendues possibles par l'attitude positive des partenaires qui sont de bonne foi, mobilisés et qui font preuve de transparence. D'autres éléments sont aidants, par exemple: avoir de l'expérience en collaboration, avoir une bonne connaissance des mandats des autres partenaires ou oser « amener un autre point de vue » (P20-CHUS). Cependant, les points de vue divergents ne sont « pas toujours considérés » lors des discussions (P7-DPJe). Cela peut être lié à la présence de certains partenaires influents ou encore à la présence des usagers : « délicat d'avoir des points de vue divergents devant les parents » (P16-CLSC). D'autres raisons sont mentionnées, par exemple, un « manque d'ouverture » (P29-CS), de temps ou d'expérience. Des participants ont aussi fait mention de solutions pouvant aider en cas d'impasse : le recours à l'Équipe Intervention Jeunesse (EIJ), par exemple.

2.3.4.5 Quelles sont les principales controverses vécues sur le terrain ?

La réponse à cette question spécifique puise aux résultats issus de la recherche provinciale dont un volet porte sur les controverses entre les acteurs des réseaux de la santé et des services sociaux, et ceux de l'éducation (Lemay, Jasmin, Ricard, 2015-2019). Trois domaines de controverses émergent de l'analyse, selon que la situation concerne les jeunes, les parents ou le partenariat. Le parent est parfois « objet de controverses » entre les professionnels (section parents), mais il est aussi parent « partenaire » ayant des positions divergentes de celles des professionnels (section Jeunes). Chaque catégorie renvoie à des formes de divergences entre partenaires telles que présentées au tableau 3 suivant.

Tableau 3 : Nature des controverses entre les partenaires (incluant les parents)

Controverses sur les jeunes	1. Compréhension du jeune et de sa problématique 2. Vision des besoins du jeune et attentes de fonctionnement 3. Pratiques évaluatives entourant le diagnostic du jeune 4. Pratiques centrées sur la médication 5. Pratiques individualisées auprès des jeunes 6. Décisions relatives à la scolarisation du jeune
Controverses sur les parents	1. Vision de la réalité des parents et jugements à leur égard 2. Attribution de responsabilités aux parents face aux problèmes rencontrés 3. Inclusion / participation des parents dans l'intervention et la collaboration 4. Approche et attentes à l'égard des parents
Controverses sur les partenaires	1. Communication entre les partenaires professionnels 2. Approche prescriptive entre partenaires professionnels 3. Vision des mandats, rôles et responsabilités des partenaires 4. Offre et prestation de services par les partenaires 5. Vision et participation aux démarches de plans de services individualisés (PSI)

Ces différentes catégories controverses sont explicitées et élaborées en présentant les divers positionnements des acteurs, dans le cadre d'un article à paraître (Lemay, Marion, Jasmin, Tougas, Lessard, Ricard, 2020).

2.3.4.6 Les partenaires sont-ils en mesure de résoudre leurs divergences?

La grande majorité des participants ($\eta = 17/24$; 70,8 %) estime que devant les divergences, les partenaires sont capables de changer de position et faire des compromis, alors qu'un peu moins du tiers ($\eta = 7/24$; 29,2%) estime que les partenaires en sont « rarement » capables. Les raisons évoquées pour justifier la capacité des partenaires de changer de position et faire des compromis lorsqu'ils font face à des divergences renvoient à 5 grandes dimensions : 1) les **attitudes positives des partenaires** ($\eta = 5$) (ex. volonté de collaborer, respect, ouverture, flexibilité, « esprit de résolution des embûches » (P2-DPJ), 2) leurs **compétences ou pratiques collaboratives** ($\eta = 5$) (ex. partager et discuter les points de vue, en discuter, nommer clairement les divergences, argumenter ou « exprimer les raisons sous-jacentes »), 3) le **rôle du leader** ou porteur qui anime ($\eta = 3$) (ex. se positionne en « collaborateur » (P5-DPJe), « remet le focus sur les besoins des enfants et de leur famille » (P15-CHUS), est orienté vers la résolution de conflit, « favorise une bonne communication » (P5-DPJe), reconnaît et soutient « l'apport et les compétences de chacun » (P5-DPJe), « est en mesure de soulever les enjeux de chacun » (P5-DPJe), agit en « médiateur » (P5-DPJe), 4) des **conditions de contexte propices** (ex. un but commun centré sur les jeunes (P30-CS) et le souci de « comprendre les divergences en toute transparence » (P29-CS); un contexte relationnel positif (bonnes relations et réseautage (P10-OC), volonté de « ne pas briser l'alliance d'équipe » (P20-CHUS); une rencontre de type ÉI J (P6-DPJe) et enfin, 5) le **rôle des parents** qui peuvent faire pression pour que la situation évolue (ex. utiliser les médias) (P24-CPE).

Par ailleurs, la difficulté des partenaires de changer de position et faire des compromis lorsqu'ils font face à des divergences, est justifiée par trois grandes catégories de raisons suivantes, par ordre de priorité : 1) les **contraintes organisationnelles** ($\eta = 7$) (ex. limites ou rigidité des mandats et des offres de services, restrictions budgétaires, rigidité des procédures dans le réseau), 2) les **positions ou attitudes défavorables des partenaires** ($\eta = 5$) (ex. divergences cachées, rigidité, contourner les divergences, agir ensuite sans tenir compte de la position commune) et 3) un **contexte de rencontre moins propice** ($\eta = 2$) (ex. les PSI réguliers où les situations sont moins complexes (P6-DPJe), ou quand la participation vise à « répondre aux exigences de l'organisation » (P19-DSG).

2.3.4.7 Les partenaires sont-ils capables de modifier leur rôle pour réaliser des solutions nouvelles?

À cette question, un peu moins de la moitié des répondants ($\eta = 10/24$; 41,7 %) considère que peu de partenaires consentent à modifier leur rôle (ce qu'ils faisaient avant) en fonction des nécessités de l'action. Ils sont légèrement moindres ($\eta = 9/24$: 37,5 %) à trouver qu'ils acceptent de modifier leur rôle pour faciliter la réalisation de projets novateurs. Certains ($\eta = 5/24$; 20,8 %) auraient surtout expérimenté des situations dans lesquelles chacun cherche plutôt à conserver son rôle indépendamment des nécessités de l'action. Différents facteurs (facilitants ou contraignants) concernant les partenaires, ou les organisations ou institutions, sont évoqués pour expliquer ces positionnements.

Les **facteurs facilitants** liés aux partenaires renvoient d'abord à leurs caractéristiques ou manières d'être, de penser et d'agir, par exemple, leur ouverture ($\eta = 3$), leur volonté d'aider et de changer ($\eta = 3$), leur créativité ($\eta = 2$), leur flexibilité ($\eta = 1$), leur mobilisation ($\eta = 1$) et leur capacité à dépasser leur rôle prédéterminé ($\eta = 1$). L'établissement de liens de confiance ($\eta = 2$) et de rapports égalitaires ($\eta = 1$) entre les partenaires, leurs connaissances respectives de leurs rôles et contextes de travail (mandats, offre de services) et des possibilités de changement ($\eta = 2$) ainsi que le partage d'une vision commune de l'importance de la collaboration intersectorielle. Avoir l'opportunité d'observer les retombées positives de la collaboration intersectorielle ($\eta = 1$) est aussi gagnant. Les facteurs facilitants liés aux organisations ou institutions renvoient surtout aux modèles de prestation de services offrant une certaine liberté et flexibilité aux intervenants ou partenaires ($\eta = 3$), par

exemple, l'intervention de quartier ($\eta=1$), l'approche de pédiatrie sociale ($\eta=1$) ou celle des organismes communautaires ($\eta=1$). La mise en place de mécanismes de communication et de collaboration intersectorielles, voire de coordination intersectorielle dans les cas les plus complexes (ex. mécanisme ÉIJ), facilitent également l'adoption de compromis. Le soutien du milieu de la santé au milieu scolaire peut aussi aider. Enfin, un répondant a aussi souligné que la médiatisation et la politisation d'une situation peut faciliter l'ouverture de part et d'autre chez les partenaires.

Concernant les **facteurs contraignants** liés aux partenaires, on retrouve le manque de créativité ($\eta=2$), le conformisme à l'organisation (mandat, offre de services; $\eta=2$) et le respect des limites professionnelles ou organisationnelles ($\eta=1$). Sur le plan organisationnel ou institutionnel, les facteurs contraignants incluent le manque ou l'absence de liberté ou flexibilité accordée aux intervenants ($\eta=2$), la nécessité d'imposer une modification de rôle ($\eta=1$) et la difficulté de modifier certains rôles, notamment ceux liés à la profession médicale ($\eta=1$). La rigidité des partenaires en matière de rôles et d'offres de services constitue le principal facteur contraignant rapporté ($\eta=4$). Un répondant souligne aussi le manque de ressources et l'augmentation des exigences de rendement au sein des organisations ou institutions, ce qui engendre un manque de temps et d'énergie de la part des intervenants ou partenaires. Enfin, selon un répondant, des partenaires cherchent à attribuer à d'autres (partenaires ou organisations), leur propre refus ou incapacité de modifier leur rôle.

2.3.5 L'interprofessionnalité : avec quelles compétences interprofessionnelles?

En prenant appui sur leurs expériences de collaboration interprofessionnelle, les participants devaient évaluer, à partir d'une échelle de valeurs, dans quelle mesure chacune des deux pratiques (de niveau 1 ou 4) présentées en lien avec chacune des six compétences interprofessionnelles reconnues (FMSS, 2017)⁸, leur semblait plus ou moins acquises chez les professionnels rencontrés. Les résultats quantitatifs sont présentés dans le Tableau 4 suivant.

Les résultats portant sur les pratiques de niveau 1, indiquent que les compétences interprofessionnelles « tout à fait » acquises et « plutôt » acquises renvoient dans l'ordre aux compétences suivantes : C6-Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté; C3-Communiquer avec d'autres; C1-Travailler en collaboration; C2-Clarifier les rôles; C5-Exercer un leadership collaboratif et enfin, plus loin derrière, la C4-Participer à la résolution de conflit. Au regard de cette dernière compétence (C4), on observe que la pratique de niveau 1, « Reconnaître les conflits et apprécier leur nature potentiellement positive » est jugée « peu acquise » selon les observations d'une majorité de participants ($\eta=16$; 66,7 %).

En ce qui a trait aux pratiques de niveau 4, les résultats cumulés pour les valeurs « tout à fait » acquis et « plutôt » acquis indiquent que les trois compétences interprofessionnelles les plus acquises sur le terrain, du point de vue des participants seraient dans l'ordre : C1-Travailler en collaboration; C2-Clarifier les rôles et C6-Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté. Suivent la C4-Participer à la résolution de conflit, et un peu plus loin derrière, les compétences C3-Communiquer avec d'autres, en ce qui a trait à la pratique « Susciter la réflexion sur le processus de communication avec divers acteurs-clés en vue de l'optimiser », puis la compétence C5-Exercer un leadership collaboratif dont la pratique de niveau 4 renvoie à la capacité de « S'engager dans une démarche collective afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience des pratiques de soins et services en collaboration ».

⁸ Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke (2017). Cadre d'apprentissage. Collaboration interprofessionnelle, Université de Sherbrooke, 5 pages. Cet outil a été « adapté du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010) ».

Tableau 4 : Niveaux de compétences interprofessionnelles observées sur le terrain

Compétences	Niveaux de compétence spécifique	Tout à fait acquis	Plutôt acquis	Peu acquis	Pas du tout acquis
Exercer une pratique centrée sur la personne et ses proches	1. Identifier des moments où la contribution de la personne ou de ses proches est importante]	5; 20,8%	18; 75,0%	1; 4,2%	0
	2. Valoriser la contribution de la personne ou de ses proches en les considérant comme les experts de leurs propres expériences de vie responsables de la prise de décision	0	15; 62,5%	8; 33,3%	1; 4,2%
Travailler en collaboration	1. Contribuer au travail collaboratif en s'acquittant efficacement de ses tâches]	2; 8,3%	18; 75,0%	4; 16,7%	0
	2. Contribuer à l'efficacité du travail collaboratif en impliquant les différents acteurs-clés et en suscitant leur contribution soutenue	4; 16,7%	12; 50,0%	7; 29,2%	1; 4,2%
Clarifier les rôles	1. Décrire son rôle et celui des autres	6; 25,0%	13; 54,2%	4; 16,7%	1; 4,2%
	2. Adapter son rôle en fonction de tous les acteurs impliqués et des divers modèles de prestations de soins et services	3; 12,5%	12; 50,0%	8; 33,3%	1; 4,2%
Communiquer avec d'autres	1. Appliquer les principes de communication auprès d'interlocuteurs qui partagent des schèmes de références similaires	3; 12,5%	18; 75,0 %	3; 12,5%	0
	2. Susciter la réflexion sur le processus de communication avec divers acteurs-clés en vue de l'optimiser	1; 4,2%	9; 37,5%	14; 58,3%	0
Participer à la résolution de conflit.	1. Reconnaître les conflits et apprécier leur nature potentiellement positive	1; 4,2%	7; 29,2%	16; 66,7%	0
	2. Intervenir de façon proactive en vue de la résolution de conflits	1; 4,2%	12; 50,0%	11; 45,8%	0
Exercer un leadership collaboratif	1. Identifier des mesures qui favorisent la contribution distinctive de chacun	1; 4,2%	18; 75,0%	5; 20,8%	0
	2. S'engager dans une démarche collective afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des pratiques de soins et services en collaboration	0	10; 41,7%	14; 58,3%	0

Bref, au regard de ces résultats, il semblerait pertinent de miser, notamment, sur le développement ou renforcement des compétences C4-Participer à la résolution de conflit, C5-Exercer un leadership collaboratif et enfin C3-Communiquer avec d'autres en ce qui a trait à la métacommunication permettant d'optimiser les processus de communication entre partenaires.

2.3.5.1 L'interprofessionnalité : quels résultats ?

Pour rendre compte des résultats de l'interprofessionnalité, nous avons exploré le point de vue et les recommandations des participants, d'une part, sur les activités de révision ou d'évaluation des résultats du plan d'action concerté ou PSI, et d'autre part, sur les conditions associées aux collaborations intersectorielles vécues, efficaces (ou non) à répondre de manière optimale aux besoins des jeunes.

2.3.5.2 L'évaluation des résultats du PSII à l'étape de Révision de la démarche PSII

Selon les meilleures pratiques, la démarche de plan de services individualisé et intersectoriel inclut une étape de révision de la situation du jeune généralement réalisée lors d'une rencontre de collaboration intersectorielle incluant la participation du jeune (selon des modalités qui tiennent compte de sa condition), celle des parents et des partenaires impliqués au PSI. Elle vise à évaluer deux dimensions : les résultats obtenus pour le jeune (atteinte des objectifs du PSI centrés sur le jeune), ainsi que les conditions mises en place pour soutenir le changement dans la situation du jeune (moyens mis en œuvre pour soutenir le jeune et qui relèvent de la responsabilité des parents, proches et partenaires). Sur la base de cette évaluation, elle permet enfin d'identifier les besoins répondus et les besoins actuels et de réviser la planification des services requis. Cette planification sera inscrite dans le plan d'action ou PSI révisé.

Les démarches de collaboration intersectorielle (ou de PSII) vécues par les participants à la recherche incluent-elles des activités de révision de la situation du jeune ou d'évaluation des objectifs et des moyens prévus au PSI des jeunes ?

Selon près de la moitié des participants ($\eta = 10/24$; 41,7%), des activités de révision de la situation du jeune ont lieu « environ la moitié du temps » ($\eta = 5/24$; 20,8%) ou « moins de la moitié du temps » ($\eta = 5/24$; 20,8%). Autant de participants considèrent que ces activités sont réalisées « plus de la moitié du temps ». Seuls 4 participants (16,7%) estiment que ces activités se réalisent « toujours ».

Les raisons évoquées sont plus nombreuses pour justifier l'absence de telles activités de révision, elles renvoient à cinq catégories: 1) le manque de planification ou de suivi ($\eta = 10/24$) (ex. date ou échéancier non fixé à l'avance, fonction d'une invitation de la part de personne mandatée pour faire le suivi, peu de disponibilité, le manque de suivi ou de moyens de communication), 2) des contraintes d'ordre organisationnel ($\eta = 6/24$) (ex. roulement de personnel et d'intervenant pivot, surcharge clinique, faible disponibilité, manque de ressources), 3) la situation du jeune (ex. désengagement du jeune, amélioration de la situation), 4) d'autres modalités sont utilisées ($\eta = 1/24$) (ex. suivi individuel du jeune), 5) le manque d'adhésion de certains partenaires ($\eta = 1/24$).

En revanche la réalisation d'activités de révision est justifiée par les éléments suivants : 1) la situation du jeune exige la tenue d'une telle rencontre (4) (situations sont complexes; milieu de vie, enjeux et besoins évoluent; si des difficultés persistent), 2) la révision a une fonction importante ($\eta = 3/24$) (ex. évaluer l'atteinte des objectifs, réviser, mettre un terme), 3) les rencontres sont prévues, mises à l'agenda ($\eta = 3/24$), 4) une personne est mandatée et interpelle les partenaires ($\eta = 2/24$).

Enfin, en prenant appui sur leurs expériences vécues, les participants ont émis des recommandations en vue d'améliorer cette étape de la révision/ évaluation de la situation du jeune. Elles sont regroupées en 6 grandes propositions. Elles ont trait, en ordre de priorité, aux dimensions suivantes : la communication entre partenaires ($\eta = 13/24$), la planification des révisions ($\eta = 6$), l'animation de la rencontre ($\eta = 3/24$), l'évaluation de la situation du jeune ($\eta = 3/24$), les participants à la rencontre ($\eta = 3/24$) et la participation du jeune ($\eta = 1/24$).

Sur le plan de la communication entre partenaires ($\eta=13/24$), il est recommandé : a) « d'assurer un mécanisme de suivi » (P12-CS; P25-CLSC) ou des « points de chute à mi-parcours pour faire le point » (ex. conférence téléphonique, bref compte-rendu) (P5-DPJe, P1-CHUS), b) de s'assurer d'informer tous les partenaires impliqués dans les cas de modifications, fermetures ou cessations de services (P10-OC, P13-CS, P16-CLSC, P17-CHUS), c) d'assurer le suivi de la rencontre de révision (modalités, rôles, diffusion du PSI à tous et informations aux absents) (P30-CS, P29-CS), et enfin c) de mandater une personne responsable de faire le suivi (P17-CHUS).

Pour qualifier la planification des révisions ($\eta=6$), il est suggéré de : a) fixer ensemble et à l'avance, les révisions (dates, fréquences, échéanciers) et b) « faire des rappels » auprès des partenaires (P17-CHUS ; P3-DPJ; P5-DPJe) « pour que chacun prépare son bilan » (P5-DPJe). Les recommandations concernant l'animation des rencontres de révision ($\eta=3$), sont de : a) « miser sur les forces et objectifs ayant évolué positivement (P25-CLSC), b) « porter attention à la pertinence des échanges et recadrer au besoin » (P30-CS), c) « permettre à tous d'affirmer leur point de vue et recommandations » (P25-CLSC), et d) utiliser des moyens symboliques (ex. photo) « pour faire écho aux propos des parents/jeunes » s'ils sont absents (P19-DSG). En ce qui a trait à l'évaluation ($\eta=3$), il est suggéré d'identifier des « indicateurs clairs pour apprécier l'atteinte des objectifs du jeune » (P30-CS) ainsi que « des moyens observables et mesurables pour bien les évaluer » (P7-DPJe; P29-CS). Quant aux participants à la révision ($\eta=3$), il est proposé d'assurer la « stabilité des intervenants » (P16-CLSC, P9-CPE) et d'inclure les partenaires « qui avaient un mandat plus court », terminé « avant la révision » (P26-CLSC). Enfin, un participant propose de s'assurer d'une « meilleure participation des jeunes au PSI », notamment en recueillant les « résultats de son point de vue » ou en utilisant « des outils plus accessibles/images pour rendre le PSI plus parlant auprès des jeunes » (P19-DSG).

2.3.5.3 L'évaluation des conditions associées aux collaborations intersectorielles efficaces

Quelles sont les conditions associées à des rencontres formelles de collaboration intersectorielle efficaces à répondre de manière optimale aux besoins des jeunes en difficultés ?

Afin d'évaluer les conditions associées à l'efficacité de telles rencontres, les participants étaient invités à référer (en pensée) à deux rencontres précises vécues, l'une, « plutôt positive ou efficace à répondre de façon optimale aux besoins d'un jeune en difficulté » et l'autre, « plutôt négative ou inefficace à répondre de façon optimale aux besoins d'un jeune en difficulté ». En référant à chacune de ces situations, il s'agissait d'identifier les principaux éléments ou conditions qui avaient fait une réelle différence, positive ou négative, au regard de l'efficacité de cette rencontre ciblée.

Les conditions favorables ou défavorables associées à une expérience collaborative plutôt positive/efficace, ou plutôt négative/inefficace sont regroupées en quatre grandes catégories selon qu'elles traitent des participants (participation, caractéristiques), des pratiques professionnelles, des échanges entre partenaires (visées, centrations) ou du déroulement de la rencontre. Le tableau 5 suivant présente les conditions favorables ou défavorables mentionnées par les participants.

Tableau 5 : Conditions favorables ou défavorables à l'efficacité des rencontres

	Conditions favorables	Conditions défavorables
Participants	• Présence de la famille ($\eta=9$) • Sélection des participants ($\eta=7$) (ex. stabilité, expertise, pouvoir) • Présence de tous les partenaires impliqués ($\eta=6$) • Représentativité des divers milieux ($\eta=6$) • Caractéristiques personnelles ($\eta=7$) (ex. ouverture, respect, proactif, innovateur)	• Absence de partenaires-clés ($\eta=8$), (ex. pour la « prise de décision ») • Absence de parents ($\eta=2$) • Sélection inappropriée des participants professionnels ($\eta=4$) ex. trop, non pertinent, non contributif, surchargés) • Changement, « roulement » des intervenants ($\eta=2$)
Pratiques inter professionnelles	• Flexibilité des partenaires ($\eta=9$) (ex. à « adapter les services », « sortir du mandat », des stricts critères d'admissibilité ») • « Attitudes collaboratives » (ex. transparence, écoute, respect, confiance) • « Préparation préalable » et « maîtrise du dossier » ($\eta=6$) • Approche auprès de la famille ($\eta=4$) (ex. lien de confiance, transparence, reconnaissance du travail de la famille, suivi, soutien)	• « Tensions entre les partenaires » ($\eta=7$) • Lacunes dans la communication ($\eta=7$), ex. non-partage d'informations, langage technique) • Manque d'engagement, déresponsabilisation ($\eta=6$) • « Tensions » avec la famille ($\eta=4$), méfiance, accusation, etc. • Rigidité des intervenants ($\eta=4$) • Attitude non-collaborative ($\eta=3$) : « attitude défensive », « résistance », « agenda caché »
Échanges entre partenaires (visées, centrations)	• Se « centrer sur les besoins de l'enfant » ($\eta=11$) • Développer une « vision commune » « axée sur des objectifs précis » • Reconnaître et mettre en commun des expertises ($\eta=7$) • Planifier ($\eta=7$) ou identifier des actions, échéanciers, indicateurs de réussite. • Identifier, comprendre et « redéfinir » les rôles de chacun ($\eta=6$) • Avoir un but commun et des objectifs clairs ($\eta=6$) • Viser une « compréhension commune » ($\eta=5$) (ex. des enjeux, de la situation globale, d'attentes réalistes)	• Nature des informations échangées, compréhension et connaissances limitées de la situation ($\eta=9$) • Manque de services et liste d'attente ($\eta=7$) • Rigidité des services et limites organisationnelles ($\eta=8$) (ex. personnes, offre de services, structures rigides, bureaucratie) • Divergence des visions ($\eta=6$) (ex. sur famille, enjeux, traitement) • Problème de clarification/planification ($\eta=5$) (ex. fonction des différentes rencontres, élaboration des objectifs et moyens du plan, etc.) • Confusion des rôles ou responsabilités ($\eta=4$) • Manque de considération des expertises ($\eta=3$)

Animation / déroulement de la rencontre	• Animation ($\eta=9$) personne « dédiée », « extérieure », « neutre », « rigoureuse, rassembleuse », « leader! », « gardien du respect du temps » et des objectifs. • Gestion du temps ($\eta=5$) (ex. rencontre bien structurée et organisée dans le temps, « allouer du temps pour faire ressortir les forces des jeunes », pour des échanges entre professionnels) • Facilitateurs à la communication ($\eta=5$) (ex. tours de parole, langage accessible, suivis et retours fréquents) • Choix d'un lieu propice ($\eta=2$) (ex. autour d'une table, à domicile)	• Limitations liées au temps ($\eta=5$) (ex. temps limité, pertes de temps liées aux échanges personnels, au manque de ponctualité) • Lacune dans l'animation ($\eta=2$) (ex. difficulté à intervenir) • Ambiance non-favorable ($\eta=2$) (trop formel, lourdeur)
---	--	---

Pour l'essentiel, les conditions positives spécifiques les plus souvent citées par les 24 participants sont : la centration sur les besoins de l'enfant ($\eta=11$); la présence de la famille aux réunions ($\eta=9$); la flexibilité des participants à adapter les services même hors de leur mandat ($\eta=9$) et l'animation, notamment dans sa gestion du temps et du respect des objectifs ($\eta=9$). Les deux concepts spécifiques se retrouvant le plus souvent cités à travers l'ensemble des catégories sont « ouverture » ($\eta=11$) et « respect » ($\eta=8$).

Par ailleurs, les conditions défavorables les plus souvent citées dans les différentes catégories sont : la nature des informations échangées, compréhension et connaissances limitées de la situation ($\eta=9$), la rigidité des services et les limites organisationnelles ($\eta=8$), l'absence de partenaires-clés ($\eta=8$), les tensions entre partenaires ($\eta=7$) et les divergences de vision ($\eta=6$), des lacunes au niveau de la communication ($\eta=7$) et des limitations liées au temps ($\eta=5$).

2.4 Recommandations des professionnels en vue d'améliorer les pratiques et la collaboration

Plusieurs recommandations visant à améliorer les pratiques de collaboration ont été formulées par une grande majorité des professionnels ($\eta=22/24$) ayant répondu à la question suivante : Avez-vous d'autres recommandations à faire pour améliorer les pratiques de collaboration intersectorielle ou les démarches de plan de services individualisé, afin de mieux répondre ensemble (familles, écoles, santé et services sociaux, milieu communautaire, etc.) aux besoins multiples et complexes des jeunes et de leur famille ? Pour l'essentiel, elles concernent 4 grandes dimensions, présentées par ordre de priorité : les démarches de plan de services individualisé PSI ($\eta=13/22$) l'implication des personnes dans la collaboration ($\eta=7/22$), la communication entre les partenaires ($\eta=7/22$) et la connaissance des partenaires et les rapports entre eux. Des participants ($\eta=5/22$) ont aussi émis des recommandations en matière de formation initiale ou continue, mais ce contenu sera abordé aux sections 3.3.4 et 3.4.4 du présent rapport.

Démarches de PSI. La majorité des participants propose des recommandations en lien avec les démarches de PSI ($\eta=13/22$). Elles ont trait à la nécessité et pertinence de réaliser ces démarches ($\eta=8$), à leur déroulement ($\eta=4$) ou aux rôles des acteurs ($\eta=3$). Premièrement, il est recommandé de réaliser davantage de démarches PSI: « Plus de jeunes devraient en bénéficier » (P13-CS), « les établissements » devraient exiger « des PSI dans tous les dossiers dès la présence de partenaires » (P7-DPJ) et « pour chaque situation » avoir « des rencontres de collaboration intersectorielle impliquant tous les partenaires » (P28-CS). Un participant déplore le fait que « plusieurs jeunes en besoin (clientèle handicapée) ne bénéficient pas d'un PSI » alors qu'une telle

démarche est requises pour « stimuler le développement d'une vision unifiée et soutenue d'intervention auprès des jeunes handicapés ou en difficulté, [...] pour camper des objectifs et des responsabilités » (P13-CS). On mentionne l'importance de « Valoriser le travail intersectoriel plutôt que les silos » (P2-DPJ). Or, soulignent certains, « faire davantage » de PSI suppose « que les professionnels puissent avoir du temps (P9-CPE), « le temps nécessaire pour maximiser ce genre de rencontre et l'atteinte des objectifs » (P19-DSG). Quand faut-il réaliser cette démarche? Il est recommandé de « ne pas attendre une situation catastrophe » (P20-CHUS) et d'en réaliser « si le besoin y est et non parce qu'il le faut dans chaque dossier » (P18-DSG). Cette recommandation va aussi en ce sens : « alléger la structure organisationnelle autour de la démarche (surtout les aspects obligatoires et de reddition de compte) qui vont à contre-sens avec le besoin de la personne et la philosophie de coconstruction » (P5-DPJe). Enfin, il est suggéré de « favoriser des moyens qui permettent aux familles de connaître la possibilité de mettre en place un PSI » (P5-DPJe).

Deuxièmement, certaines recommandations concernent le déroulement de la démarche ($\eta=4/22$), par exemple : « prévoir un mécanisme pour traiter « rapidement » des « points sensibles entre partenaires » et qui ne peuvent l'être « devant tous » (P15-CHUS); « favoriser la créativité dans l'approche besoins afin de maximiser la progression des jeunes » (P29-CS); « assurer une démarche de suivi suite au PSI » (P25-CLSC) et enfin, « utiliser les outils technologiques pour faciliter » les démarches net la participation (visioconférence, logiciel pour croiser les agendas, etc.) (P1-CHUS).

Troisièmement, au regard des rôles entourant cette démarche, il est recommandé « qu'une personne soit désignée pour porter le dossier des PSI et s'assure du bon fonctionnement de cette démarche » et que cette personne soit « connue des différents partenaires » (P30-CS), qu'un « Intervenant pivot » soit « toujours identifié pour faire suivi auprès des familles » (P17-CHUS) et que l'animation des rencontres PSI soit assurée par « un agent extérieur idéalement pour une meilleure gestion du tour de parole, du respect des objectifs et transmission aux parents » (P1-CHUS).

Implication ou présence des acteurs. Le tiers des participants ($\eta=7/22$) formule des recommandations en lien avec l'implication ou la présence des personnes dans la collaboration. Certains ($\eta=4$) réitèrent l'importance d'assurer une meilleure implication ou présence du jeune, des parents ou de la famille, et de leur demander « qui sont les partenaires importants pour eux » (P18-DSG). Il est aussi recommandé de « s'assurer d'avoir autour de la table les intervenants directement impliqués auprès de l'enfant » (P20-CHUS), « qu'une personne agissant comme coordonnateur clinique [soit] attitrée pour chaque institution » (P17-CHUS), et plus spécifiquement, « d'impliquer davantage » le milieu communautaire ($\eta=4$), des personnes « significatives » du milieu « souvent oubliées » (ex, leader culturel, pasteur) ($\eta=1$), les milieux médicaux (pédopsychiatres, pédiatres, TS des GMF en l'absence du médecin) ($\eta=1$) et le centre de la petite enfance ($\eta=1$). Les acteurs du milieu communautaire retiennent l'attention. Il est proposé de les « inviter [...] lorsqu'ils sont significatifs pour la famille » (P14-CS). De plus, on souligne les enjeux liés à leur présence et le « peu de reconnaissance ressentie par les intervenants communautaires lorsqu'ils ne sont pas présents pour des discussions clés; ils sont sollicités comme partenaires pour l'intervention mais peu présents au PSI » (P19-DSG). Enfin, certains ($\eta=2$) suggèrent « d'assurer la « présence de représentants décisionnels aux rencontres PSI » (P17-CHUS), puisque l'absence des « décideurs » peut générer « un cul-de-sac » (P20-CHUS) au moment de prendre des décisions.

Communication entre les partenaires. Cette dimension retient l'attention du tiers des participants ($\eta=7/21$). Il est recommandé de « s'assurer d'une communication efficace, d'une concertation claire (P29-CS), « de faire un retour à la fin de chacune des rencontres » (P15-CHUS), que la communication se fasse « en continu, pas seulement en PSI » (P19-DSG), bref de « prévoir des temps de communication et de régulation »

(P28-CS). On souligne aussi l'importance de « faciliter la transmission des informations entre partenaires » considérant la « lourdeur bureaucratique » actuelle (ex. formulaire d'autorisation) (P1-CHUS), ou encore d'utiliser une « plate-forme informatisée pour avoir accès aux documents tant que la démarche PSI est active » (P17-CHUS).

Connaissance des partenaires et rapports entre eux. Quelques répondants ($n=3$) recommandent d'améliorer la connaissance des partenaires notamment « de tous les services régionaux » (P3-DPJ), ou encore « des organismes communautaires pour les intervenants du centre jeunesse »; à cet effet, un moyen proposé est de « réactiver des activités de foire ou salon des ressources accessibles aux intervenants et aux usagers » (P6-DPJ_e). Il est aussi suggéré d'aller dans les milieux « pour favoriser les liens de confiance et une connaissance réelle des différents partenaires » (P19-DSG). Enfin, quelques suggestions concernent les rapports entre les partenaires, par exemple, de « cesser de comparer les offres de services de part et d'autres » et d'« avoir l'humilité de se rendre au même objectif, avec des moyens différents et services différents » (P3-DPJ). On souligne aussi l'importance du « respect de la spécificité de chacun des corps d'emploi des différents partenaires et aussi des possibilités des milieux » (P29-CS).

3 Comment s'enseigne l'interprofessionnalité?

3.1 Introduction

Au regard de cette seconde question de recherche, nous avons exploré l'enseignement de l'interprofessionnalité dans 3 contextes différents : 1) l'enseignement en formation initiale au sein de quatre unités de formation à l'Université de Sherbrooke (travail social, psychoéducation, ergothérapie, médecine), 2) l'enseignement dans le cadre d'une démarche expérientielle de deux jours vécue en mars 2019 par trente étudiants de trois disciplines différentes (travail social, psychoéducation et ergothérapie) réunis dans le cadre d'un séminaire de maîtrise portant sur l'action intersectorielle et les jeunes aux besoins multiples et complexes, et 3) l'enseignement par le biais d'activités de formation continue accessibles aux professionnels de différentes disciplines œuvrant dans la région de l'Estrie, qu'il s'agisse de formation réalisées en présentiel ou offertes en ligne.

Chacun de ces trois contextes ciblés pour explorer l'enseignement de l'interprofessionnalité, est présenté dans les sections qui suivent, au regard des méthodologies utilisées pour la recherche et des résultats obtenus.

3.2 L'INTERPRO tel qu'enseigné au sein des quatre unités de formation initiale

3.2.1 Méthodologie

Pour rendre compte de l'enseignement de l'interprofessionnalité en formation initiale à l'Université de Sherbrooke, une collecte de données a été réalisée entre les mois de décembre 2019 et de mars 2020 au sein des quatre unités de formation initiale qui participeront à l'expérimentation INTERPRO au trimestre d'hiver 2021 : l'École de travail social de la Faculté des Lettres et sciences humaines (FLSH), le Département de psychoéducation de la Faculté d'éducation, l'École de réadaptation (programme d'ergothérapie) ainsi que le Département de médecine, tous deux rattachés à la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS).

3.2.1.1 Recrutement et participants

Les quatre unités de formation initiale impliquées dans cette recherche (travail social, psychoéducation, ergothérapie, médecine -) ont été ciblées parce qu'elles réaliseront conjointement, à l'hiver 2021, le séminaire de maîtrise interfacultaire portant sur l'interprofessionnalité, plus spécifiquement sur l'action intersectorielle et les jeunes aux besoins multiples et complexes. Ce séminaire a été offert déjà en 2017 et 2019, mais sans la participation de la médecine. Avant la tenue de ces activités, nous n'avions pas fait l'évaluation de nos programmes d'études en regard des compétences interprofessionnelles (CIP) enseignées. La recherche en cours nous offre donc cette opportunité.

Il faut préciser que la structure de ces quatre programmes de formation diffère. L'École de travail social offre un baccalauréat (3 ans) donnant accès à l'exercice de la profession ainsi qu'une maîtrise professionnelle ou de recherche (2 ans). Le département de psychoéducation propose un baccalauréat (3 ans), une maîtrise professionnelle ou de recherche (2 ans) donnant accès à l'exercice de la profession ainsi qu'un doctorat (3 ans). Le programme d'ergothérapie propose une formation professionnalisante d'une durée 4 ans (baccalauréat et maîtrise intégrés). Enfin, le département de médecine offre un programme de doctorat ou d'études médicales prédoctorales (4 ans) suivi d'études postdoctorales (2-5 ans) donnant accès à la profession médicale en tant qu'omnipraticien ou médecin spécialiste.

Pour conduire ce volet de la recherche, nous avons donc ciblé plus spécifiquement les programmes d'un niveau équivalent à la maîtrise, ce qui correspond à la maîtrise comme telle pour le travail social et la

psychoéducation, à la 4^e année de formation pour l'ergothérapie et enfin au programme d'études prédoctorales en médecine.

3.2.1.2 Méthodes de collecte de données

La grille de collecte et d'analyse de données retenues pour explorer la manière dont s'enseigne l'INTERPRO dans le contexte de la formation initiale, est celui de Lemay (2019) présenté à l'annexe 5. Il inclut les 10 questions clés suivantes :

1. Existe-il un Référentiel de compétences pour encadrer /orienter la formation en regard de la collaboration interprofessionnelle (CIP) ?
2. Un Profil de sortie des étudiants est-il défini en regard de la CIP ?
3. La CIP s'enseigne-elle ? Sous quels vocables ?
4. Dans quels contextes : disciplinaire, interdisciplinaire ? Avec qui ?
5. Dans quel programme (bachelor/baccalauréat, master/maitrise) ?
6. Dans quelles activités : cours académiques, formation pratique ?
7. Quelles sont les visées d'apprentissage sur le plan du développement des compétences en matière de CIP : quels Savoirs, Savoirs faire, Savoirs être ?
8. Quels sont les contenus privilégiés, les référentiels théoriques et méthodologiques ?
9. Selon quelles méthodes pédagogiques ?
10. Et quelles méthodes d'évaluation des apprentissages ?

Les quatre unités de formation initiale ciblées ont orienté leur collecte à partir de ces repères. Toutefois, les méthodes de collecte de données varient selon les unités de formation et sont parfois multiples (entretiens, analyse documentaire, sondage, etc.). Ces méthodes incluent un outil *Sondage auprès des enseignants* (Lemay et Noël, 2019) présenté à l'annexe 6 Il permet à chaque enseignant concerné par la CIP de documenter les questions 3 à 8, pour chacun des cours dont il est responsable. Le tableau 6 suivant rend compte sommairement des différentes méthodes utilisées en fonction des unités de formation initiale. Des informations plus précises sur les méthodes de collecte de données utilisées pour chacune des quatre unités de formation sont disponibles aux annexes 7, 8, 9 et 10.

Tableau 6 : Unités de formation initiale et méthodes de collecte de données

Méthodes de collecte de données	Unités de formation			
	TS	Psy.ed.	Ergo	Médecine
• Sondage auprès de tous les enseignants	✓			
• Entretiens et communications auprès d'informateurs clés œuvrant au sein du programme d'études	✓	✓	✓	✓
• Analyse documentaire : consultation de documents cadre sur le programme d'études, de plans de cours ou de cours sur la plateforme en ligne Moodle de l'UdeS, de documents de « mapping », etc.	✓	✓	✓	✓

3.2.2 Résultats

Les résultats présentés issus des collectes de données réalisées au sein des quatre unités de formation mettent en relief les convergences et les différences entre ces unités de formation au regard des 10 dimensions

du cadre d'analyse. Les codes suivants sont utilisés lorsque les constats s'appliquent plus spécifiquement à l'une ou l'autre des unités de formation : travail social [1] ; psychoéducation [2] ; ergothérapie [3] et médecine [4].

1. Le Référentiel de compétences. Afin d'encadrer ou orienter la formation en regard de la collaboration interprofessionnelle (CIP), certains cadres fondamentaux sont utilisés par une ou plusieurs unités de formation. Parmi ces documents se trouvent le Cadre d'apprentissage sur la collaboration professionnelle en santé de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke (2018), ainsi que le Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux (Careau Brière, Houle, Dumont, Maziade, Paré, Desaulniers et Museux, 2014). Notons également les référentiels de compétences liés à l'exercice de la profession à laquelle se rattache chacune des quatre unités de formation ciblées. À ces documents s'en ajoutent d'autres qui relèvent plus directement de la pratique de chaque profession et qui viennent renforcer et préciser les lignes directrices dictées par les cadres plus généraux (p. ex.: profil de pratique des ergothérapeutes au Canada de l'Association canadienne des ergothérapeutes (2012), normes de pratique pour le travail social de groupe (OTSTCFQ, 2017), normes d'agrèments en travail social (CASWE-ACFTS, 2014), code de déontologie des médecins (Collège des médecins du Québec)).

2. Le profil de sortie des étudiants. Seul le programme de formation en travail social réfère clairement à la CIP dans son libellé du profil de sortie des étudiants. En effet, parmi les quatre situations professionnelles types auxquelles la travailleuse sociale ou le travailleur social débutant doit être préparé à faire face, figurent « les situations d'intervention multi-acteurs qui impliquent collaboration et concertation en contexte de pratique partenariale, intersectorielle ou interdisciplinaire ». Cette situation professionnelle type exige que le futur praticien soit en mesure d'établir et maintenir des collaborations, ainsi que de coordonner des acteurs, des réseaux, des actions, des ressources, des projets dans une démarche de changement social. Les trois autres unités de formation [2,3,4] ne précisent pas de profil de sortie en lien avec la CIP à proprement parler. Par ailleurs, dans toutes les unités de formation, les compétences interprofessionnelles sont évaluées par le biais de différents outils et sont observées de façon plus marquée, par exemple : dans le cadre des stages cliniques des différentes disciplines (p. ex.: formulaire d'observation des compétences à l'UdeS (FOCUS) [3], grille de présence en stage et rencontre d'évaluation tripartite [2], contrat de stage [1], ateliers réflexifs, rétroaction et évaluation aux stages d'externat [4]

3. Les vocables utilisés pour désigner la CIP dans l'enseignement. Chacune des quatre unités de formation ciblées met en valeur les compétences associées à la capacité de travailler avec d'autres en recourant à des vocables similaires, faisant le plus souvent appel aux concepts : 1) de **collaboration** (p. ex. : collaboration professionnelle [3,4], concertation et collaboration [1], pratique collaborative centrée sur le patient [4]), 2) de **communication** [p. ex.: communication interprofessionnelle, communication aux partenaires, mécanismes d'échanges entre les acteurs, écoute professionnelle [2]] et 3) de **partenariat** (p. ex.: partenariat [1], travail ou intervention en partenariat [2]). Dans l'enseignement offert au sein des quatre unités de formation, les vocables utilisés précisent également que le travail avec d'autres (c.-à-d. collaboration, communication, partenariat) exige de développer des compétences qui facilitent les échanges entre les acteurs relevant soit 1) de **différents champs disciplinaires** (p.ex. interdisciplinarité [1,2,3], contexte interdisciplinaire [2], multidisciplinarité, interdisciplinarité [1,4]), 2) de **différentes professions** (p. ex.: collaboration interprofessionnelle, interprofessionnalité [1]), 3) ou de **différents secteurs d'activités** (p. ex.: action intersectorielle, intersectorialité, travail intersectoriel [1]). Enfin, certains vocables utilisés [1,3,4] mettent également l'accent sur l'organisation des services qui influence inévitablement la manière dont les pratiques relevant de la CIP sont vécues sur le terrain (p. ex.: trajectoires de services, intégration des services, coordination de services [1]).

4. **Les contextes d'enseignement disciplinaires ou interdisciplinaires.** Les quatre unités de formation ciblées [1,2,3,4] abordent la CIP en contexte disciplinaire, c'est-à-dire à l'intérieur des cours qu'elles offrent aux étudiants inscrits dans leur programme respectif (p. ex: cours sur le rôle de collaborateur [3,4]). Parallèlement à cette offre de formation en contexte disciplinaire, chaque unité de formation offre, selon une intensité variable, des occasions d'enseignement de la CIP en contexte interdisciplinaire. En ergothérapie et en travail social, ces occasions prennent notamment la forme de cours offerts simultanément auprès d'étudiants d'autres disciplines [1,3] ou d'ateliers offerts en contexte interdisciplinaire et interfacultaire [1,2,3,4]. Si ces ateliers font partie du curriculum suivi par tous les étudiants en travail social, ergothérapie et médecine, ils sont offerts à un petit nombre d'étudiants en psychoéducation, selon le volontariat et l'intérêt de ces derniers.

5. **Les programmes d'études au sein desquels la CIP est enseignée.** L'enseignement en matière de CIP s'amorce généralement lors de la formation au premier cycle (baccalauréat), mais s'actualise de manière plus soutenue par le biais de la formation au deuxième cycle (maîtrise) au sein des programmes de travail social, d'ergothérapie et de psychoéducation. Pour ce qui est du programme de médecine, les concepts théoriques sont abordés en début de formation (1-2e années des Études prédoctorales) mais ils sont mis en pratique dès les stages cliniques d'externat (3-4e années des Études prédoctorales).

6. **Les activités pédagogiques** au sein desquelles la CIP est enseignée. L'offre d'activités pédagogiques diffère quelque peu selon les unités de formation ciblées. Sur ce plan, l'ergothérapie et la psychoéducation [2,3] présentent une offre semblable en couvrant les différentes dimensions de la CIP à travers une combinaison d'activités de formation académique (cours) et pratique (stages). En médecine [4], une combinaison d'activités théoriques et pratiques est intégrée à des activités longitudinales, c'est-à-dire qui s'échelonnent sur l'ensemble des deux premières années de formation et qui permettent d'aborder certains thèmes spécifiques à la CIP à des moments-clés (p. ex.: travail en collaboration et stratégies de communication, clarification des rôles, leadership et gestion de conflit). Enfin, l'enseignement de la CIP en travail social [1] se distingue de celui offert dans les trois autres unités de formation par la présence d'une offre de formation académique (cours) plus étoffée sur des thèmes spécifiques à la CIP, tel que l'interprofessionnalité, l'interdisciplinarité ou l'intersectorialité.

7. **Les visées d'apprentissage** poursuivies en matière de CIP. Les résultats indiquent une interdépendance évidente entre les notions de savoirs, savoir-faire et savoir-être. Par exemple, la « pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté » suppose à la fois des savoirs théoriques sur l'approche, des savoir-faire de mobilisation et d'accompagnement, ainsi qu'une posture et des attitudes cohérentes qui relèvent du savoir-être. Ceci étant dit, les résultats exposés ci-après tentent néanmoins de cerner la visée principale à laquelle chaque résultat est le plus étroitement associé. Sur le plan des **savoirs** (ou des connaissances), les notions de communication, de collaboration et de multidisciplinarité (ou interdisciplinarité) se retrouvent au sein des quatre unités de formation ciblées. Quant aux notions de rôles, de leadership collaboratif, de résolution de conflits et de relation de pouvoir, elles font partie des apprentissages visés dans trois des quatre unités de formation [1,2,4]. Sur le plan du **savoir-faire** (ou des aptitudes), l'exercice d'une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté implique de développer des aptitudes permettant de valoriser et de mobiliser l'expertise de différents partenaires: développer une compréhension commune d'une situation [1,3], planifier ou évaluer une intervention en partenariat [1,2,3], élaborer des protocoles d'évaluation ou plans de services en situations cliniques complexes [1,2,3], mener une démarche d'action intersectorielle [1,3], recourir à des habiletés de travail collaboratif, partager / exprimer clairement ses connaissances et idées, mener une démarche de réflexion collective et constructive [4]. Cette pratique implique inévitablement de développer des compétences pour reconnaître et gérer les conflits [1,2,3,4], ainsi que les dilemmes éthiques [1,2] susceptibles de se poser en raison du travail en partenariat. En médecine [4], s'ajoutent à

ces savoirs, la collaboration entre étudiants permettant d'établir les conditions propices à l'apprentissage en groupe, ainsi que d'entrevoir la collaboration future attendue entre professionnels. Sur le plan du **savoir-être**, les résultats mettent en évidence différentes qualités ou attitudes favorables à la CIP valorisées par les unités de formation ciblées. De façon plus importante, notons des attitudes relatives à l'expression de son identité professionnelle, à la reconnaissance de sa spécificité [1,2,3], à l'affirmation, à la définition, à la clarification de son rôle et de ses valeurs [1,2,3,4] ainsi qu'au professionnalisme [3,4]. S'ensuivent des attitudes relatives à l'exercice d'un leadership collaboratif [3,4] pouvant s'exprimer par l'écoute professionnelle (aussi exprimée par l'ouverture, l'empathie et la sollicitude), l'établissement d'un climat de confiance au sein d'une équipe de travail, de même que par le respect (aussi exprimée par le tact et l'autocritique), que ce soit en rapport aux règles de fonctionnement d'un groupe ou à la diversité des rôles de chacun.

8. Les contenus à teneur théorique et méthodologique privilégiés. Les résultats obtenus au sein des quatre unités de formation sont présentés à l'annexe 11 sous la forme d'une bibliographie commune. Les mêmes codes sont utilisés pour distinguer les références spécifiques à l'une ou l'autre des unités de formation : travail social [1] ; psychoéducation [2] ; ergothérapie [3] et médecine [4]. De façon générale, il est possible d'y remarquer un accent particulier sur des écrits de nature pragmatique qui trouvent une forte résonnance dans l'encadrement de la pratique en matière de CIP: continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle, cadres d'apprentissage, guides explicatifs, procédurier, outil, codes, référentiel de compétences en matière de CIP, etc. Tour à tour, ces écrits offrent des balises et des lignes directrices pour guider l'enseignement des bonnes pratiques de CIP au sein des quatre unités de formation. De façon transversale, ces écrits portent sur les dimensions spécifiques de collaboration (ou de pratique collaborative), de coordination et de communication, telles qu'actualisées en contexte tant multidisciplinaire, interdisciplinaire que multi ou interprofessionnel. À ces écrits, s'ajoutent quelques textes plus théoriques qui valorisent un cadre d'analyse écosystémique et prônent une vision holistique des problématiques sociales et de l'intervention, prenant racine à la confluence des comportements individuels et des dynamiques organisationnelles.

9. Les méthodes pédagogiques utilisées pour enseigner la CIP. Les résultats sur ce plan laissent entrevoir certaines pratiques similaires entre les unités de formation ciblées. Notamment, l'ergothérapie, le travail social et la médecine misent toutes trois sur la simulation de situations authentiques en recourant à l'apprentissage par problèmes (APP) et aux ateliers interdisciplinaires. En travail social et en psychoéducation, les méthodes pédagogiques les plus populaires font appel à l'exposé théorique, aux exercices pratiques, à la réalisation de vignettes cliniques, de même qu'à l'analyse de textes. Enfin, les modalités de supervision clinique font également partie des méthodes privilégiées pour enseigner la CIP dans chacune des unités de formation : elles ciblent le développement des habiletés professionnelles et de collaboration tout en faisant appel à la réflexivité.

10. Les méthodes d'évaluation des apprentissages relatifs à la CIP. Les quatre unités de formation ciblées prévoient des modalités qui impliquent directement l'étudiant dans sa propre évaluation: travail réflexif [1,3,4] auto-évaluation [1,2,3,4], bilan de professionnalisation, évaluation tripartite [2], journal de bord [1,3]. À ces modalités d'évaluation s'ajoutent celles qui impliquent plutôt les pairs et présentent un caractère davantage formatif: bilan de groupe, évaluation par les pairs [1,3] débriefing [4]. De plus, les méthodes d'évaluation de la CIP en contexte de formation pratique (ou de stages cliniques) font appel à des modalités de supervision individuelle étroite et à des occasions de rétroaction en continu: rencontre de supervision et d'évaluation [2], évaluation par les tuteurs [3,4] formulaire d'observation des compétences à l'Université de Sherbrooke (FOCUS) [3], rétroaction à la suite d'une observation clinique, grille de stage à l'externat [4]. Enfin, des méthodes

d'évaluation plus traditionnelles sont aussi utilisées pour évaluer la CIP ^[1,2] : travail écrit (individuel et en équipe), présentation orale (individuelle et en équipe), examens (en classe ou maison).

Pour conclure, rappelons que l'une des activités clés offerte en matière d'interprofessionnalité a été réalisée en contexte interdisciplinaire en 2017 et 2019, réunissant des étudiants rattachés au programme de maîtrise de trois unités de formation ^[1,2,3]. La section suivante pose un regard approfondi sur les retombées de cette activité spécifique, du point de vue des étudiants participant.

3.3 L'INTERPRO telle qu'enseignée dans le cadre d'un cours interdisciplinaire

3.3.1 Introduction

En 2017 et 2019, des professeures de trois unités de formation (travail social, psychoéducation, ergothérapie) rattachées à trois facultés différentes ont co-enseigné l'activité de formation interdisciplinaire portant sur l'intersectorialité et les jeunes présentant des problèmes multiples et complexes. À ce jour, l'activité, de niveau maîtrise, a été offerte en tant que cours à option chaque deux ans, au trimestre d'hiver. La prochaine aura lieu à l'hiver 2021 dans la foulée des expérimentations prévues dans le cadre du projet de recherche international INTERPRO et elle inclura désormais la participation d'une quatrième discipline, celle de la médecine.

Dans sa forme actuelle, l'activité de formation en contexte interdisciplinaire se déroule entièrement en présence et est d'une durée de 15 heures. Au regard du système québécois, elle équivaut à 1 crédit de formation universitaire. Par ailleurs, en ce qui concerne le travail social, cette activité est intégrée à un séminaire de maîtrise plus large portant sur l'interprofessionnalité d'une durée de 45 heures, donnant lieu à 3 crédits de formation.

Pour l'essentiel, l'activité de formation interdisciplinaire propose une démarche expérientielle de deux journées consécutives, centrée sur la réalisation des diverses étapes requises pour mener une action en partenariat. Elle inclut aussi la participation des étudiants à une activité préalable, offerte sous forme de panel interdisciplinaire réunissant des professionnels de diverses disciplines et milieux de pratique. La centration dans ce rapport de recherche porte sur la démarche intensive de deux jours. Dans ce contexte, des référents théoriques et méthodologiques sont enseignés en alternance avec des activités pratiques. L'annexe 12 présente sous forme d'ordre du jour, le déroulement de ces deux journées. Les savoirs méthodologiques enseignés pour la réalisation du partenariat puisent aux meilleures pratiques promues dans le cadre d'une démarche de plan de services individualisé et intersectorielle (PSII) (Lemay et coll., 2007; Lemay et al., 2017)⁹. Quant aux activités pratiques, elles sont réalisées en petites équipes interdisciplinaires, incluant, à certaines étapes de la démarche PSII, la présence d'un acteur externe (comédien) jouant le rôle du parent. Lors de ces activités pratiques, une situation fictive et vraisemblable (vignette) est proposée aux étudiants. Les tâches à réaliser en équipe interdisciplinaire incluent notamment une analyse commune et écosystémique des besoins développementaux d'un jeune vivant des problèmes multiples et complexes, la priorisation de ces besoins en tenant compte de ce qui est important pour les personnes concernées et la coconstruction d'un plan d'action concerté centré sur la réponse optimale aux besoins du jeune et de sa famille. Au cours de la démarche, une rencontre de concertation entre professionnels permet aussi d'aborder et résoudre les enjeux et controverses vécues au sein des rapports de collaboration. Outre les apprentissages visés en matière de développement des habiletés interprofessionnelles, l'expérience contribue à renforcer l'identité professionnelle respective des étudiants ainsi que les dimensions éthique, critique et réflexive de leur pratique professionnelle.

Les deux expérimentations de la formation interdisciplinaire (2017 et 2019) ont été évaluées depuis la perspective des étudiants. La 1^e expérimentation (2017) a été évaluée par le biais d'un questionnaire bilan (version papier) administré à la fin de l'activité et portant sur les conditions de réalisation de l'activité, l'atteinte des objectifs. L'expérience vécue a également fait l'objet d'un reportage réalisé par le service des Communications de l'UdeS, qui reconnaissait le caractère novateur d'une telle activité mobilisant trois

⁹ Cette activité développée par Lemay fait l'objet, depuis 2006, de nombreuses formations offertes sur le terrain, en contexte intersectoriel, aux professionnels de disciplines et d'organisations différentes. Elle fait l'objet d'adaptations et d'améliorations constantes, notamment dans le contexte de l'enseignement universitaire depuis 2017

facultés¹⁰. Le vidéo expose le contexte de mise en œuvre de la formation, un aperçu du déroulement et inclut des témoignages d'étudiantes ayant vécu l'expérience. Enfin, la 2e activité réalisée en 2019 a fait l'objet d'une évaluation plus exhaustive décrite à la section 3.3.1.2 suivante. Les résultats obtenus et présentés en partie ici, permettront d'enrichir notre réflexion en vue de développer un module de formation dans le cadre du projet INTERPRO.

3.3.2 Méthodologie

3.3.2.1 Recrutement des étudiants

L'activité de formation interdisciplinaire 2019 a mobilisé **trente (30) étudiants** des trois disciplines ciblées. Le recrutement s'est fait sur une base volontaire considérant que l'activité était optionnelle dans les trois programmes d'étude. Au départ, nous visions recruter quinze étudiants par cohorte, pour un total estimé à 45. Au final, trente (30) ont participé. Elles se répartissant comme suit : ergothérapie ($\eta=5/30$; 16,1%), travail social ($\eta=16/30$; 51,6%) et psychoéducation ($\eta=9/30$; 29,0 %). Des difficultés liées à la structure des programmes expliquent la distribution inégale des étudiants. En ergothérapie, un nouveau cours crédité a été créé en 2017 pour accueillir cette formation et la participation a été optimale. Or, en 2019, la configuration des cours a changé au trimestre d'hiver et rendu difficile l'accès à l'activité, faute de disponibilité de la part des étudiants: davantage de cours à option ont été offerts et moins d'étudiants se sont inscrits à cette activité. En psychoéducation, l'activité réalisée en 2017 était volontaire (non créditée), ce qui a rendu la participation difficile. En 2019, l'activité a été intégrée à l'intérieur d'un cours obligatoire plus large, mais rendue optionnelle. Enfin, en travail social, le cours à option est inscrit depuis 2017 au programme de maîtrise et le recrutement se fait facilement considérant la pertinence reconnue pour un tel cours et l'accès limité à 15 personnes.

3.3.2.2 Méthodes de collecte de données

L'expérience vécue dans le cadre de cette activité de formation a été évaluée par le biais de quatre questionnaires en ligne créés sur la plateforme Lime Survey. Ces instruments ont permis de recueillir des données qualitatives et quantitatives. La collecte a été réalisée au cours du mois de mars 2019, avant et après l'activité de formation interdisciplinaire.

Trois questionnaires ont été complétés par les étudiants : un questionnaire d'autoévaluation pré-expérimentation (Q-Pré), un questionnaire d'autoévaluation post-expérimentation (Q-Post) et un questionnaire d'évaluation bilan (Q-bilan É). Enfin, un quatrième questionnaire d'évaluation bilan (Q-Bilan C) a été adapté pour les citoyennes comédiennes (Lemay et al., 2019d) et ces dernières l'ont toutes complété. Dans le cadre de ce projet, les données issues de 2 questionnaires ont été analysées, soit celles du Q-Post (Annexe 13) et du Q-bilan des étudiants (Annexe 14).

Les données sociodémographiques recueillies au Q-Pré ont aussi été retenues afin de rendre compte du portrait des 31 participants l'ayant complété. Ces données permettent de dégager un bref portrait en regard de leur âge, genre, expériences de stage, d'activités pédagogiques interdisciplinaires ou de travail. L'âge des étudiants varie entre 22 et 34 ans. La grande majorité ($\eta= 26/31$; 83,9%) se situe entre 23 et 26 ans. Près du tiers ($\eta=10/31$; 32,3 %) est âgé de 24 ans. La cohorte est surtout composée de femmes ($n = 28/31$; 90,3 %). Tous les étudiants ont réalisé au moins un stage au cours de leur parcours académique. Presque les deux tiers ($n = 20/31$; 64,5 %) ont participé à des activités interdisciplinaires incluant une expérience concrète de

¹⁰ Université de Sherbrooke (2017) Projet interdisciplinaire novateur en enseignement. Intervenir auprès des jeunes les plus vulnérables. En ligne : <https://www.usherbrooke.ca/etudiants/actualites/nouvelles/nouvelles-details/article/34753/>

collaboration avec des étudiants d'autres disciplines en milieu universitaire. Les étudiants de psychoéducation ne figurent pas parmi ce nombre. La majorité ($\eta=25/31$; 80,6 %) possède une expérience de travail dans le domaine de l'intervention et dont la durée varie généralement entre 1 mois et 3 ans. Un peu plus du quart des personnes ($\eta=8/31$; 25,6%) possède 2 ans ou plus d'expérience professionnelle et parmi elles, deux se démarquent par une expérience d'une durée de 6,5 et 9 ans. Parmi celles qui ont une expérience professionnelle, 20 étudiants (64,6%) ont travaillé auprès des jeunes.

3.3.3 Résultats

3.3.3.1 Autoévaluation des étudiants sur le plan compétences interprofessionnelles

Au terme de cette activité interdisciplinaire, les 30 étudiants ont évalué leurs acquis en lien avec chacune des six compétences interprofessionnelles (C) suivantes : C-1 : Travailler en collaboration; C-2: Clarifier les rôles ; C-3 : Communiquer avec d'autres ; C-4 : Participer à la résolution de conflits; C-5 : Exercer un leadership collaboratif; C-6 : Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté (CIHC-IP, 2010; FMSS, 2017).

Les résultats présentés à l'annexe 15 offrent un aperçu des niveaux de compétences autoévalués avant et après l'expérimentation pour l'ensemble des six compétences interprofessionnelles. On y constate, qu'avant l'expérimentation (au Q-PRÉ), les étudiants s'estiment moins compétents en regard des compétences interprofessionnelles suivantes : participer à la résolution de conflits ($\eta=20/30$), exercer un leadership collaboratif ($\eta=19/30$) et clarifier les rôles ($\eta=18/30$). Le tableau 7 suivant présente quelques constats issus de l'analyse des résultats suite à l'expérimentation. Au terme de l'expérience, on y constate d'une part, que la compétence s'étant le plus améliorée, du point de vue des étudiants, est celle de la clarification des rôles et d'autre part, que la compétence estimée la plus haute est celle de la pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté.

Tableau 7 : Autoévaluation des compétences interprofessionnelles en post-expérimentation :

Compétences estimées les + hautes au PRÉ	Compétences améliorées au POST
C-6 : Centration sur la personne... ($\eta=29$)	C-2 : Clarifier les rôles (hausse de 13)
C-1 : Travailler en collaboration ($\eta=26$)	C-6 : Centration sur la personne. (hausse de 9)
C-2 : Clarifier les rôles ($\eta=26$)	C-5 : Leadership collaboratif (hausse de 8)
C-3 : Communiquer avec d'autres ($\eta=22$)	C-1 : Travailler en collaboration (hausse de 6)
C-5 : Leadership collaboratif ($\eta=20$)	C-3 : Communiquer avec d'autres (hausse de 5)
C-4 : Résolution de conflits ($\eta=10$)	C-4 : Résolution de conflits (baisse de 1)

Les sous-sections qui suivent présentent quelques résultats plus détaillés en ce qui a trait à chaque compétence interprofessionnelle évaluée par les étudiants. Rappelons qu'au terme de l'activité, la complétion du Q-Post supposait que l'étudiant réponde aux questions suivantes : 1) indiquer le niveau de compétence atteint (échelle qualitative de 1 à 4), 2) justifier cette autoévaluation en énumérant des exemples de comportements observables manifestés lors de l'expérimentation, 3) estimez l'écart entre ce niveau de compétence mobilisé au cours de l'expérimentation, comparativement à son niveau de compétences habituel ou connu et déjà acquis avant l'expérimentation (le niveau de compétences actualisé pouvant être jugé supérieur, équivalent ou inférieur à celui qui précède l'expérimentation), et 4) justifier ou expliquer ce qui justifie cet écart, par exemple, les raisons contextuelles ou individuelles favorables ou contraignantes ayant influencé le fonctionnement à un niveau de compétences supérieur, équivalent ou inférieur.

3.3.3.1.1 La compétence « Travailler en collaboration »

Ce 1^{er} tableau permet de constater que la majorité des étudiants ($\eta=17/30$: 56,7%) estime qu'à la suite de l'activité, leur compétence « Travailler en collaboration » se situe à un « *niveau supérieur* » comparativement à leur niveau connu et déjà acquis avant l'expérimentation. Le tiers estime ne pas avoir mobilisé de nouvelles habiletés lors de l'activité (*niveau équivalent*), alors que 10 %

Écart	Fréquence	Pourcentage
Supérieur	17	56,7
Équivalent	10	33,3
Inférieur	3	10,0
Total	30	100,0

Niveau estimé au Q-POST	Fréquence	Pourcentage
Niveau 1 : J'ai contribué au travail collaboratif dans les activités de la formation en m'acquittant efficacement de mes tâches	1	3,3
Niveau 2 : J'ai contribué au travail collaboratif en identifiant les opportunités de collaboration.	3	10,0
Niveau 3 : J'ai contribué au travail collaboratif en m'acquittant efficacement de mes tâches en fonction d'un plan concerté	9	30,0
Niveau 4 : J'ai contribué à l'efficacité du travail collaboratif en impliquant les différents acteurs-clés et en suscitant leur contribution soutenue	17	56,7
Total	30	100,0

évalue que leur fonctionnement se situait à un niveau inférieur.

Le 2^e tableau indique qu'au terme de l'expérience, la majorité estime avoir mobilisé des compétences de niveau 4, et près du tiers, des compétences du niveau 3.

Les étudiants rapportent avoir mobilisé différentes habiletés en lien avec cette compétence spécifique. Plusieurs exemples sont présentés à l'annexe 16. Mentionnons, notamment les habiletés suivantes : Affirmer la nécessité « de tous collaborer ensemble

pour améliorer la situation » (P28-TS); Interpeller, demander l'avis, l'éclairage ou expertise spécifique des autres professionnels (P14-PS.ED); « Solliciter l'opinion des acteurs-clés lorsque [...] la limite de mon expertise » est atteinte (P29-TS); « Rechercher des opportunités pour mettre à contribution les spécificités de chaque acteur » (P18-TS); « proposer » des actions ou une « prises en charge de tâches » (P26-TS) en fonction des « champs d'expertises » (P33-TS) ; « Réaliser ses tâches en tenant compte et en respectant le plan d'action établi préalablement avec mon équipe » (P2-ERG).

3.3.3.1.2 La compétence « Clarifier les rôles »

La majorité des étudiants ($\eta=18/30$: 60%) estime, suite à l'activité, que leur compétence « Clarifier les rôles » se situe à un « *niveau supérieur* » comparativement à leur niveau de compétences habituel ou connu et déjà acquis avant l'expérimentation. Un peu plus du quart d'entre eux ($\eta=8/30$; 26,7%), estime leur *niveau équivalent* et une minorité ($\eta=4/30$; 13,3%) se situe au *niveau inférieur*, estimant ne pas avoir eu l'occasion de mobiliser leurs compétences habituelles. Le tableau suivant, indiquant la répartition des étudiants en fonction du niveau de compétences estimé après l'activité, montre qu'une grande majorité ($\eta=22/30$; 73,3%) aurait mobilisé des habiletés de niveau 3. En revanche aucun étudiant n'estime se situer au niveau 1 pour la compétence « Clarifier les rôles ».

Écart	Fréquence	Pourcentage
Supérieur	18	60,0
Équivalent	8	26,7
Inférieur	4	13,3
Total	30	100,0

Niveau estimé au Q-POST	Fréquence	Pourcentage
Niveau 1 : J'ai décrit mon rôle et celui des autres	0	0
Niveau 2 : J'ai agi dans le cadre de mon rôle et j'ai reconnu l'apport des autres	4	13,3
Niveau 3 : J'ai adapté mon rôle en fonction des rôles des autres, et j'ai recherché leurs apports.	22	73,3
Niveau 4 : J'ai adapté mon rôle en fonction de tous les acteurs impliqués et des divers modèles de prestations de soins et de services	4	13,3
Total	30	100,0

Plusieurs habiletés ont été rapportées pour justifier leur autoévaluation (voir l'annexe 17). Parmi celles-ci, figurent la capacité de :

- « Connaitre » et « bien saisir » comprendre son propre rôle/mandat spécifique; « l'explicitier » (« intentions », « positionnement », « priorités d'intervention », « possibilités d'action »), voire le

« défendre » (P4-ERG); pour « permettre aux autres de mieux comprendre son apport » (P12-PS.ED);

- Observer, écouter, questionner, s'informer, pour identifier le rôle, les expertises, « spécificités » des autres partenaires; clarifier les « incompréhensions » liés à leur rôle (P26-TS) dans l'optique de : « vérifier ses perceptions » (P32-TS), « clarifier leur contribution » (P12-PS.ED); « ce qu'ils peuvent faire » ou « observer dans la situation » (P28-TS), « Discuter des zones qui se superposent » (P4-ERG) « Diminuer les zones grises » (P33-TS);
- « Adapter son rôle » pour assurer une « complémentarité » (P18-TS, P26-TS) et synergie des rôles, « Chercher à voir [...] les manques et zones de complétudes pour situer son action » (P31-TS), « se compléter » (P17-TS); éviter de dédoubler, ou répéter (P31-TS), s'« assouplir », « voir plus large » et chercher comment travailler pour avoir « un effet domino plus grand » (P16-PS.ED); « Sortir de son mandat » pour répondre aux « priorités de l'équipe et du parent » (P27-TS).

3.3.3.1.3 La compétence « Communiquer avec d'autres »

Au regard de la compétence « Communiquer avec d'autres », la majorité ($\eta=19/30$; 63%) se situe « niveau équivalent », indiquant ainsi qu'ils ont exercé leurs compétences déjà acquises. En revanche, le tiers ($\eta=10/30$; 33,3%) se situant au « niveau supérieur » aurait mobilisé de nouvelles habiletés. Une seule personne estime se situer à un « niveau inférieur ».

Écart	Fréquence	Pourcentage
Supérieur	10	33,3
Équivalent	19	63,3
Inférieur	1	3,3
Total	30	100,0

Niveau estimé au Q-POST	Fréquence	Pourcentage
Niveau 1 : J'ai appliqué les principes de communication auprès d'interlocuteurs qui partagent des schèmes de références similaires.	1	3,3
Niveau 2 : J'ai identifié les difficultés de communication et j'ai envisagé différentes modalités de communication.	7	23,3
Niveau 3 : J'ai adapté ma communication en vue d'une compréhension commune et j'ai utilisé différentes modalités de communication avec efficience.	18	60,0
Niveau 4 : J'ai suscité la réflexion sur le processus de communication avec divers acteurs-clé en vue de l'optimiser.	4	13,3
Total	30	100,0

Lors de l'activité, la majorité des étudiants ($\eta=18/30$; 60%) estime avoir mobilisé des habiletés de niveau 3. Ces habiletés sont présentées à l'annexe 18. À titre d'exemples, elles renvoient à la capacité de :

- **Savoir communiquer en contexte de rencontres :** Respecter les tours de paroles (P26-TS); « Prendre la parole lorsque requis » (P25-TS);

Partager « sa vision des choses » (P13-PS.ED); Savoir « défendre ses points » (P28-TS);

- **Écouter et considérer les points de vue (propos, idées, opinions, contre-argumentations), des autres :** Nommer son incompréhension « d'un terme » (P15-PS.ED), Demander des précisions, clarifications, reformulations pour « s'assurer de bien comprendre leurs « points de vue » (P11-PS.ED, P8-PS.ED);
- **« Adapter » sa communication, son langage** au profit de tous (partenaires et parents) : Éviter « les jargons » propres à sa discipline » ; « Vulgariser » ; Utiliser un « vocabulaire partagé », « un langage accessible » « clair », des « mots plus simples » « plus familiers », les « mots de la personne »; « Donner des exemples clairs » et « concrets ». Le but est « d'avoir un langage commun » (P8-PS.ED), « d'assurer une bonne compréhension du parent » (P22-TS) « une compréhension commune » (P5-ERG) et « une meilleure communication entre chaque acteur » (P18-TS);
- **Reconnaitre ou Souligner les problèmes relatifs à la communication ou à la manière de communiquer ;** « questionner » sur les actions à mettre en place par la suite (P9-PS.ED); « Rechercher des moyens » en vue d'une « optimisation de la communication » (P2-ERG) Reconnaître que le parent « n'apprécie pas la manière dont on s'adresse à lui » et « Modifier sa façon de communiquer » afin de « rétablir la confiance » et qu'il « se sente bien » (P14-PS.ED).

3.3.3.1.4 La compétence « Participer à la résolution de conflits »

Au regard de la compétence « Participer à la résolution de conflits », un peu plus du tiers ($\eta=11/30$; 36,7 %) estime se situer à un *niveau supérieur* par rapport à leur niveau habituel estimé. Précisions d'entrée de jeu qu'en dépit d'une mise en situation qui précisait les tensions et conflits en présence au sein du partenariat (incluant le parent), quatre étudiants, mentionnent qu'il « n'y a pas eu de conflit » ou qu'ils n'en ont « pas vécu » et six autres personnes reconnaissent que devant une situation conflictuelle, elles l'ont « évitée », n'ont « pas osé jouer leur rôle » ou n'ont « pas tenté » d'intervenir, ni de « désamorcer » un conflit pour différentes raisons : la « peur », le manque de maîtrise des compétences liées au rôle, la présence du parent, le « souhait d'entendre les discussions » générées par le conflit.

	Fréquence	Pourcentage
Supérieur	11	36,7
Équivalent	13	43,3
Inférieur	6	20,0
Total	30	100,0

Niveau estimé au Q-POST	Fréquence	Pourcentage
Niveau 1 : J'ai reconnu les conflits et j'ai apprécié leur nature potentiellement positive.	5	16,7
Niveau 2 : J'ai contribué à la prévention et à la gestion de conflits en respectant les différents intervenants et en mettant en œuvre des stratégies individuelles.	15	50,0
Niveau 3 : J'ai contribué, avec l'équipe, à la gestion de conflits.	6	20,0
Niveau 4 : Je suis intervenu(e) de façon proactive en vue de la résolution de conflits	4	13,3
Total	30	100,0

Les résultats généraux présentés à l'annexe 15 montrent que niveau le plus marqué en PRÉ comme en POST expérimentation en ce qui a trait à la compétence « Participer à la résolution de conflit » demeure le niveau 2. Suite à l'activité, la moitié ($\eta= 15/30$; 50%) des étudiants s'évaluent au niveau 2. Le nombre d'étudiants qui s'évaluent aux niveaux supérieurs, 3 ou 4, varie peu. En PRÉ, 11 étudiants se situent au niveau 3 ($\eta=10$) ou 4 ($\eta=1$), alors

qu'en POST, ils sont 10 à se situer au niveau 3 ($\eta=6$) ou 4 ($\eta=4$). À titre d'exemples, les habiletés ont été mobilisées au cours de l'activité (Voir l'annexe 19) :

- **Prévenir ou éviter les conflits** : « Assurer le bon fonctionnement » (P29-TS) de la rencontre ; « Établir des règles, au début » (P29-TS); « porter attention aux tours et les temps de parole » (P31-TS); « Communiquer au JE » (P17-TS) « Transmettre son opinion de façon factuelle » (P15-PS.ED) ; Porter « attention à la façon dont » ses « idées » et « son opinion » sont amenées (P16-PS.ED) « Rapporter du positif chaque fois » en même temps que du négatif « afin d'assurer un équilibre » (P17-TS);
- **Reconnaître et nommer les situations de tensions/ conflits vécues ou observées.** Reconnaître « que les divergences d'opinions cliniques sont correctes » (P14-PS.ED), « Nommer la nécessité » de « parler » des tensions (P18-TS);
- **Poser des actions pour participer à la résolution des tensions/conflits.** Proposer des solutions pour les résoudre (P8-PS.ED), Face à un conflit sur les « tâches et responsabilités » : « clarifier qui fait quoi » (P12-PS.ED);
- **« Initier [...] la résolution d'un conflit en équipe ».** Solliciter le point de vue de tout le monde, Reconnaître que différentes « hypothèses cliniques » sont « possibles » (P17-TS) Chercher les convergences, les compromis possibles face aux points de vue divergents, (P15-PS.ED P16-PS.ED P17-TS P23-TS P31-TS) ; « chercher à établir ensemble une vision commune » (P15-PS.ED), « proposer de conclure sur un choix [...] qui fait le plus de sens pour tous » (P11-PS.ED);
- **Agir pour résoudre une situation de tension/conflit impliquant le parent** : « Planifier un plan de match pour revenir avec le parent sur » une tension vécue (P10-PS.ED); Face au « parent peu ouvert aux solutions proposées » : tenter de lui faire sentir « que [tous] veulent faire équipe avec lui » (P33-TS).

3.3.3.1.5 La compétence « Exercer un leadership collaboratif »

En ce qui a trait à la compétence « Exercer un leadership collaboratif », un peu moins de la moitié des étudiants ($\eta= 14/30$; 46,7 %) estime avoir exercé au cours de l'activité un niveau de compétence « équivalent » par rapport à leur niveau de compétence habituel. Presqu'autant estime que ce niveau est « supérieur » suite à l'activité ($\eta= 13/30$; 43,3 %). Enfin, pour une faible proportion ($\eta=3/3$; 10%), ce niveau serait inférieur à celui estimé avant l'activité.

Écart	Fréquence	Pourcentage
Supérieur	13	43,3
Équivalent	14	46,7
Inférieur	3	10,0
Total	30	100,0

Niveau estimé au Q-Post	Fréquence	Pourcentage
Niveau 1 : J'ai identifié des mesures qui favorisent la contribution distinctive de chacun.	2	6,7
Niveau 2 : J'ai favorisé des relations de travail fondées sur l'interdépendance entre des individus ayant des schèmes de référence diversifiés.	8	26,7
Niveau 3 : J'ai initié une démarche de concertation et de réflexion collective.	11	36,7
Niveau 4 : Je me suis engagé(e) dans une démarche collective afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des pratiques de soins et services en collaboration.	9	30,0
Total	30	100,0

Au regard des résultats obtenus au Q-PRÉ, le niveau le plus marqué est le niveau 2 ($\eta=13/30$) alors qu'au Q-POST, le niveau 3 est le plus marqué ($\eta=11/30$). Au total, suite à l'activité, les deux tiers, soit 20 étudiants s'évaluent au niveau 3 ($\eta=11$) ou 4 ($\eta=9$) et dix autres, au niveau 1 ($\eta=2$) ou 2 ($\eta=8$).

Les habiletés évoquées par les étudiants en lien avec la compétence « Exercer un leadership collaboratif » figurent à

l'annexe 20 et incluent, par exemple :

- Solliciter/interpeller/demander le « point de vue », « l'opinion » ou la « position » de chacun (P15-PS.ED), malgré des « schèmes de référence différents » (P3-ERG); S'assurer que tous puissent « prendre la parole » (P33-TS); et participer aux discussions ; « Doser entre l'écoute et la participation pour laisser la place à tous de s'exprimer » (P9-PS.ED);
- « **Initier les discussions et réflexions** » (P11-PS.ED, P15-PS.ED) : par exemple, sur les « besoins identifiés » avant de prioriser (P21-TS); « Poser des questions d'approfondissement lorsque requis » (P25-TS); nommer d'autres facteurs à prendre en considération dans l'analyse (ex. origine ethnique) (P17-TS); adopter « une vision plus macro pour y inclure les diverses postures et compréhension du problème » (P31-TS);
- **Exercer le rôle d'animer ou coordonner la démarche ou la rencontre PSII** ($\eta = 10$) « Appuyer le « leadership » ou être « en complément » (P20-TS); Organiser /structurer le fonctionnement /déroulement de la rencontre. Nommer « les objectifs » de la rencontre. (P22-TS); Assurer la « clarté du processus » (ex : « étapes de prise de décisions ») (P31-TS); présenter « la procédure » (P8-PS.ED); « Instaurer un climat de collaboration » ; « rendre tout le monde à l'aise » (P8-PS.ED); Assurer la « gestion du temps » (P26-TS) ou la déléguer (P15-PS.ED); Donner/ Assurer les tours de parole (P31-TS P14-PS.ED). Animer/ ramener/ recentrer les discussions/échanges (5) sur la « démarche », « l'objectif de l'étape », le « sujet à traiter » ou « l'intérêt de l'enfant » : Référer à « un plan sous les yeux » pour « ramener les discussions » (P13-PS.ED); « Ramener à l'intérêt de l'enfant pour guider notre démarche réflexive » (P18-TS); « ramener à l'ordre et au sujet à traiter lorsqu'une personne s'égare hors du point » (P31-TS);
- **Contribuer à la clarification et au partage des expertises et du leadership en fonction des besoins** : S'assurer que le leadership est pris en fonction de la « profession » ou de l'expertise » (le prendre comme le laisser aux autres) (P9-PS.ED) : « Prendre davantage le leadership » lorsque le sujet rejoint son expertise (P9-PS.ED); « Laisser le leadership » aux personnes lorsque le sujet touche plus leur profession » (P9-PS.ED);
- **Agir dans le but d'optimiser la démarche ou les services** : Utiliser son leadership « pour que la rencontre soit efficiente » (P13-PS.ED); « Réfléchir ensemble comment optimiser les services » : « se questionner pour chacune des tâches à accomplir qui est la personne la « mieux positionnée » considérant son « rôle », « mandat » ou « contexte de pratique » (P1-ERG); « Contribuer à l'élaboration de moyens efficaces et optimaux concernant la spécificité et le mandat de chacun » (P5-ERG).

3.3.3.1.6 La compétence « Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté »

À la suite de l'activité, la majorité des étudiants ($\eta=18/30$: 60%) estime que leur compétence « Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté » se situe à un « niveau supérieur » par rapport au niveau déjà acquis avant l'expérimentation, alors que moins de la moitié ($\eta=12/30$) estime que ce niveau de compétences est « équivalent ». Enfin, personne n'estime se situer à un « niveau inférieur ».

Écart	Fréquence	Pourcentage
Supérieur	18	60,0
Équivalent	12	40,0
Total	30	100,0

Bien que la grande majorité reconnaisse posséder déjà des acquis eu égard à la compétence « se centrer sur la personne », plusieurs mentionnent avoir eu l'opportunité de « s'exercer », de mettre en action « concrètement » cette posture et de pousser plus loin leur niveau de compétence. La présence des acteurs parents au sein des équipes constitue l'une des conditions favorables largement mentionnée par les étudiants. Enfin, certains expliquent que bien qu'ils estiment se situer à un « niveau supérieur » lors de l'expérimentation, il est probable que des contraintes vécues en contexte réel les empêcheraient d'atteindre un tel niveau.

Niveau estimé au Q-POST	Fréquence	Pourcentage
Niveau 1 : J'ai identifié des moments où la contribution de la personne ou de ses proches est importante.	0	0
Niveau 2 : J'ai écouté avec respect les besoins exprimés par la personne ou ses proches.	1	3,3
Niveau 3 : J'ai sollicité la participation de la personne ou de ses proches dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des soins et services.	7	23,3
Niveau 4 : J'ai valorisé la contribution de la personne ou de ses proches en les considérant comme les experts de leurs propres expériences de vie responsables de la prise de décision.	22	73,3
Total	30	100,0

Parmi les exemples d'habiletés illustrant la mobilisation de cette compétence et présentés à l'annexe 21, figurent les suivantes :

- **En regard de la pratique centrée sur le jeune :** le jeune « au cœur » des « préoccupations » (P15-PS.ED), « centrer les discussions sur ses besoins » (P1-ERG); Questionner son point de vue (P16-PS.ED), le « faire valoir » (P3-ERG), l'inclure dans la prise de décision, vérifier son « accord », « défendre son intérêt » (P20-TS);

- **En regard de la pratique centrée sur les parents.** Les reconnaître en tant que : « réel partenaire », « expert de sa situation », « égal », « premier acteur », etc. (8) (P2-ERG P3-ERG P16-PS.ED, P19-TS, P21-TS P26-TS, P27-TS, P30-TS). Viser « l'autodétermination » (P2-ERG); « Favoriser son autonomie, son empowerment » P33-TS; : « Renforcer les idées » qui émergent d'eux-mêmes » (P15-PS.ED), « valoriser et prioriser les besoins nommés » (P17-TS). Encourager sa participation aux prises de décision (ex. définir ce qu'il « veut prioriser » (P9-PS.ED) décider des objectifs d'intervention » (P26-TS). « Valider » toute proposition le concernant (P17-TS, P25-TS, P26-TS) valider si les solutions ou moyens sont « adaptés » (P12-PS.ED) et « réalistes » (P11-PS.ED);
- **En regard de la pratique centrée sur la communauté.** « Proposer des actions plus larges » en impliquant des proches (ex. les camarades de classe » (P31-TS) Nommer et valoriser les ressources ou organismes (P32-TS); « avoir le souci d'en parler » (P12-PS.ED), « valoriser leur implication » (P21-TS); s'y référer(P21-TS), ou « référer aux bons services » (P25-TS).

3.3.3.1.7 Conclusion : les conditions qui influencent la mobilisation des compétences

Pour terminer cette section, principales conditions justifiant l'évaluation du niveau de compétence atteint durant l'activité (supérieur, inférieur ou équivalent au niveau acquis avant l'activité), sont parfois communes quelles que soient la compétence ciblée. Les conditions favorables suivantes sont souvent évoquées :

- **Le contexte « d'apprentissage » axé sur « l'expérimentation »:** il permet d'être plus « à l'aise » pour « prendre sa place » « faire des tentatives » pour « se mouiller davantage que dans un contexte de stage » (C-1, C-5). Il permet de « poser des questions » « d'expérimenter l'affirmation de son rôle », de « prendre de l'assurance » (C-2), davantage « d'expérience » ou de « confiance » en ses capacités (C-3). Au regard de la compétence à résoudre des conflits, ce contexte permet « d'essayer » de dépasser ses peurs ou craintes habituelles et de participer à « la résolution de conflit (C-4);
- **Le contexte ne comporte pas certaines contraintes rencontrées dans un contexte réel, par exemple :** « être pressé par le temps » et manquer de disponibilité, la pression liée à la gestion du risque, un rôle/position de contrôle, un mandat très clairement défini, des contraintes organisationnelles, une posture professionnelle autoritaire (imposer) ou l'urgence d'agir avec un « vrai enfant » (C-6). Le recours à une vignette fictive met à l'abri des « tensions » ou émotions soulevées par « le lien avec la clientèle », «

le choc des valeurs », « la gestion du risque difficile » (C-1). Il est plus facile d'« adapter son rôle » dans un contexte sans « contraintes réelles » (C-2). La collaboration est moins complexe en raison d'une « équipe réduite » et d'une « meilleure division des tâches ». (C-3) Les « tensions sont réduites, car les enjeux ne sont pas les mêmes », « dans un contexte réel, il y a plus de conflits » (C-4);

- **La collaboration entre collègues étudiants.** Prendre sa place est plus facile avec des étudiants qu'avec des professionnels de terrain qui détiennent une plus grande « expertise » « ancienneté et expérience » (C-3). Sont notés les avantages suivants : l'absence de « hiérarchie », le sentiment d'être « à l'aise », « moins intimidée », « aussi compétents » que les collègues, etc. (C-1);
- **L'attribution de rôles,** le fait de détenir un rôle spécifique dans la situation clinique (C-4) offre la possibilité de « mieux cerner » ou « comprendre » son propre rôle, sa « marge de manœuvre possible », « d'éclairer les différents rôles des autres professions » et de « savoir ce qu'ils peuvent apporter », « de mieux assumer » son rôle et de « mieux l'adapter » (C-2). Détenir le « rôle de nommer les tensions » « pousse » à « expérimenter » la résolution de conflits, à « partager son point de vue » et ses frustrations, à nommer les tensions (C-4). L'attribution de fonctions « d'animateur », « d'intervenants pivot » ou de « coordonnateur de PSII » permettent de « pratiquer le leadership » (C-5). **Avoir l'opportunité de jouer un rôle d'animation** permet de prendre davantage sa place et de s'assurer que les autres prennent la place qui leur revient, d'expérimenter « un nouveau rôle de favoriser les interactions » (C-1), d'interpeller les autres partenaires dans la discussion », de « proposer des règles pour assurer une bonne communication », de « mettre à profit plusieurs modalités de communication efficaces (p.ex.: reformuler, diriger les interactions, faire des synthèses fréquentes) », de prendre davantage « d'expérience » ou de « confiance » en ses capacités (C-3);
- **Le contexte de plan de service intersectoriel,** « le fait de devoir faire le processus au complet, chacune des étapes » (C-2), permet de mettre en pratique la collaboration avec d'autres partenaires, d'élaborer un plan concerté (C-1).

En revanche, les principales conditions soulevées justifiant un écart inférieur ou équivalent sont les suivantes :

- **Le manque de temps,** par exemple, pour se préparer à jouer son rôle : être « prise de court » et devoir « improviser » vu la décision prise sur le champ à l'effet d'animer (C-3), pour régler « un conflit surtout interne à moi-même » (C-4), pour « discuter des modalités de communication » et les valider afin de « maintenir la collaboration de façon efficace » (C-5);
- **L'absence de conflits vécus** ou d'occasions d'en résoudre. Les raisons mentionnées: le but de l'expérience étant de collaborer, « tous travaillaient déjà en ce sens » (C-5), tendance vers le « consensus » ouverture d'esprit, écoute entre chaque participant (C-5), tous ont « travaillé ensemble afin de les prévenir » (C-4). **Des difficultés personnelles à faire face aux conflits** (« nature gênée », « difficulté à oser partager sa véritable opinion », la peur de « déplaire, se tromper ou envenimer la situation », tendance à ne pas « exprimer mon désaccord. » à ne pas « aborder de fronts des problèmes », réaction « défensive » « tendance à vouloir les éviter », etc.) (C-4);
- **Le manque de compréhension de certains rôles** ou de connaissances de la « mission » et des « ressources » d'un professionnel dans une structure/organisation donnée (C-2); un manque d'aisance faute d'expérience à collaborer avec les professions représentées, la difficulté à saisir les rôles des autres partenaires (C-1);
- **La capacité d'exercer la compétence relève de caractéristiques personnelles** (C-3, C-4, C-5, C-6). Elle est vue comme une force ou difficulté personnelle : elle s'exerce depuis « toujours », est un « réflexe » ou une tendance « naturelle », elle correspond à une « valeur forte », ou relève d'une « conscience » de la nécessité de l'exercer;
- La compétence à mobiliser a déjà été exercée dans d'autres contextes (stage, travail) (C-1; C-2, C-3, C-6).

3.3.3.2 Évaluation quantitative de l'atteinte des objectifs visés et des apprentissages réalisés

L'expérience a-t-elle « permis aux étudiants d'exercer de nouvelles compétences interprofessionnelles » ? La grande majorité des 29 étudiants ayant complété le Q-bilan, se prononce « tout à fait d'accord » ($\eta=14/29$; 48,3%) ou « plutôt d'accord » ($\eta=10/29$: 34, 5%) avec le fait que l'expérience leur « a permis d'exercer de nouvelles compétences interprofessionnelles », comme en fait foi le tableau 8 suivant.

Tableau 8 : Autoévaluation de nouvelles compétences interprofessionnelles exercées

Énoncés généraux	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
L'expérience m'a permis d'exercer de nouvelles compétences interprofessionnelles	14; 48,3%	10; 34,5%	5; 17,2 %		
Les apprentissages que j'ai réalisés me seront utiles dans mon futur travail	22; 75,9%	6; 20,7 %	1; 3 %	1; 3,4 %	

Les autres ($\eta=5/29$; 17,2%) sont demeurés neutres en se positionnant « ni en accord, ni en désaccord ». Rappelons qu'au Q-PRÉ, un peu plus du quart des étudiants inscrits ($\eta=8/31$; 25,6%) possédait déjà 2 années ou plus d'expérience professionnelle dans le domaine de l'intervention. Enfin, presque tous les étudiants ($\eta=28/29$; 96,6%) se disent « tout à fait d'accord » ($\eta=22/29$; 75,9%) ou « plutôt d'accord » ($\eta=6/29$; 20,7 %) sur le fait que « les apprentissages réalisés leur seront utiles dans leur futur travail ». Considérant le contexte interdisciplinaire de l'activité, nous avons questionné plus spécifiquement les étudiants sur les apprentissages réalisés en lien avec la clarification des rôles. À la lecture des résultats présentés au tableau 9 suivant, il est intéressant de constater à l'heure du bilan, que la presque totalité des participants ($\eta=28/29$; 96,6 %) se dit « tout à fait d'accord » ($\eta=19/29$; 65,5%) ou « plutôt d'accord » ($\eta=9/29$; 31 %) sur le fait que l'expérience leur « a permis de mieux saisir le spécifique des disciplines des autres étudiants » avec qui ils ont collaboré.

Tableau 9 : Autoévaluation des apprentissages réalisés en lien avec la clarification des rôles

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
L'expérience m'a permis de mieux saisir le spécifique des disciplines des autres étudiants avec qui j'ai collaboré	19; 65,5 %	9; 31,0 %	1; 3,4 %		
L'expérience m'a permis de mieux reconnaître le spécifique de ma propre discipline	18; 62,1 %	9; 31,0 %	1; 3,4 %	1; 3,4 %	

De plus, les résultats sont tout à fait similaires ($\eta=27/29$; 92%) au regard de l'énoncé suivant « l'expérience m'a permis de mieux reconnaître le spécifique de ma propre discipline ». Il en ressort clairement que cette activité de collaboration en contexte d'enseignement interdisciplinaire a contribué à renforcer l'identité professionnelle des étudiants.

Enfin, le tableau 10 suivant rend compte de l'évaluation des étudiants en ce qui a trait à l'atteinte des objectifs d'apprentissage liés plus spécifiquement à la démarche de plan de services individualisé et

intersectoriel. Les objectifs suivants figurent parmi ceux : participer collectivement à définir les forces et difficultés de l'enfant » (#4), « participer collectivement à analyser la situation » (#6), « participer collectivement à l'élaboration du PSII » (#9), « rester centré(e) sur les besoins jugés prioritaires par le jeune et le parent (# 10) « apporter une contribution spécifique (en lien avec sa discipline) lors des échanges en équipe interprofessionnelle » (#8).

Tableau 10 : Autoévaluation de l'atteinte des objectifs spécifiques liés à la démarche PSI-PSII

Objectifs	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en désaccord
1. Je suis capable de reconnaître les situations qui requièrent un PSI-PSII	19; 65,5 %	10 34,5 %		
2. Je connais les étapes de la démarche de PSI-PSII	14; 48,3 %	15 51,7 %		
3. Je connais les grandes dimensions du cadre d'analyse écosystémique	17; 58,6 %	11 37,9 %	1 3,4 %	
4. J'ai été en mesure de participer collectivement à définir les forces et difficultés de l'enfant dans la situation complexe présentée	22; 75,9 %	7 24,1 %		
5. J'ai été en mesure de participer collectivement à définir les facteurs parentaux, familiaux et environnementaux qui influencent les besoins de l'enfant dans la situation complexe présentée	21; 72,4 %	7 24,1 %	1 3,4 %	
6. J'ai été en mesure de participer collectivement à analyser la situation en établissant des liens d'interdépendance entre les facteurs en jeu dans la situation de l'enfant	22; 75,9 %	7 24,1 %		
7. J'ai été en mesure de participer collectivement à identifier les difficultés rencontrées au sein du partenariat lors des échanges préparatoires	17; 58,6 %	12 41,4 %		
8. J'ai été en mesure d'apporter une contribution spécifique (en lien avec ma discipline) lors des échanges en équipe interprofessionnelle	19; 65,5 %	8 27,6 %	2 6,9 %	
9. J'ai été en mesure de participer collectivement à l'élaboration du PSII	24; 82,8 %	4 13,8 %	1 3,4 %	
10. J'ai été en mesure de rester centré(e) sur les besoins jugés prioritaires par le jeune et le parent (personnes concernées)	20; 69,0 %	8 27,6 %	1 3,4 %	
11. J'ai été en mesure de préciser la nature de ma contribution professionnelle spécifique lors de la définition des actions/responsabilités des personnes impliquées dans le PSII	11; 37,9 %	13 44,8 %	4 13,8 %	1 3,4 %
12. Je connais les règles entourant la rédaction du formulaire de PSII	10; 34,5 %	14 48,3 %	4 13,8 %	1 3,4 %

3.3.3.3 Les apprentissages jugés les plus significatifs (3.3.1) et les aspects à approfondir (3.2.2)

Pour la grande majorité des étudiants, les apprentissages significatifs sont en lien avec la compétence interprofessionnelle entourant la clarification des rôles. Au premier rang figurent les apprentissages relatifs aux **rôles des autres étudiants partenaires** ($\eta=17$). **L'expérience a permis d'apprendre à mieux** connaître, reconnaître ou comprendre le rôle de chacun, sa spécificité, son expertise et ses limites ; « comprendre mieux la différence, ce que chacun apporte à l'intervention » (P22-TS), (ex. vision/compréhension d'un problème » P3-ERG), « prendre conscience aussi de l'importance de chacun » (P4-ERG) Deuxièmement, environ le quart ($\eta=8$), a appris à connaître et comprendre mieux son « rôle », sa « spécificité » ; être en mesure de « mieux expliquer [sa] profession » ; « renforcer », « clarifier son identité « professionnelle » ; l'importance ou l'utilité de son rôle et de sa place (vision ou apport différent) au sein d'une équipe interdisciplinaire. Certains sont en mesure de mieux préciser leur apport spécifique ou distinctif. Par exemple, une étudiante en ergothérapie réalise qu'elle apporte « une vision et des explications médicales accessibles aux intervenants des disciplines de sciences humaines » (P5-ERG), ou l'étudiant en travail social constate qu'il adopte une « vision très globale de la situation de la personne », de « collectiviser sa problématique », de « reconnaître les forces » et « l'influence du contexte » (P28-TS). Enfin, quelques apprentissages spécifiques réalisés sont cités tels que la capacité de mieux « conjuguer sa vision professionnelle » avec celle des autres dans une recherche de « cohérence » tout en « préservant sa propre couleur » (P29-TS), ou la capacité de clarifier les rôles comme moyen de prévenir les conflits entourant les zones grises : « regarder ce que chacun peut apporter de différent, et qui est mieux placé pour faire les tâches, plutôt que se disputer les zones grises » (P1-ERG). Certains mentionnent avoir pris conscience de l'importance de connaître les rôles pour mieux collaborer ou « agir en partenariat » ($\eta=3$). Cette connaissance permet « d'éviter de dédoubler les services » (P18-TS), « de moins outrepasser son propre mandat » (P10-PS.ED), « de référer lorsque à une autre personne plus compétente » (P10-PS.ED), « d'agir plus efficacement avec un objectif commun » (P18-TS).

D'autres apprentissages significatifs pour environ le tiers des étudiants ($\eta=9/29$), principalement en psychoéducation ($\eta=7/9$), se situent sur le plan des connaissances relatives aux différents modes de collaboration tels que les plans d'intervention scolaire, plans de services individualisés (PSI) ou individualisés et intersectoriels (PSII) Par exemple, ils ont appris et mieux compris les différences entre les différents plans, l'importance de chacun, les différentes « étapes d'une démarche intersectorielle » PSI-PSII, sa fonction, la souplesse requise, etc.).

Enfin, d'autres apprentissages significatifs **sont reliés à la collaboration interprofessionnelle en général** ($\eta=5$) Certains soulignent avoir réalisé toute son importance, l'« essentiel de collaborer » (P22-TS), la « présence d'enjeux liés à la communication interprofessionnelle » (P20-TS), mais aussi les « avantages d'une collaboration authentique », celles des réunions « en face-à-face » pour « diminuer les tensions et ramener le côté humanisant des interventions! » (P32-TS); ou la pertinence « du travail en collaboration en présence du parent, « plus réel, plus concret » (P27-TS).

À la suite de la démarche expérientielle de collaboration interdisciplinaire, les étudiants se sont également prononcés sur ce qu'ils ou elles souhaiteraient approfondir. Dans l'ordre, leurs intérêts se situent sur les 6 plans suivants : approfondir la clarification des identités et rôles professionnels ($\eta=7$), les différentes étapes de la démarche intersectorielle PSI/PSI (ex. cadre écosystémique commun, rédaction du formulaire) ($\eta=7$), l'animation et le leadership collaboratif ($\eta=6$), la gestion des conflits en contexte de collaboration interprofessionnelle ($\eta=4$), la communication interprofessionnelle (ex. prendre sa place, la parole, adapter son langage) ($\eta=4$), la pratique centrée sur la personne (ex. empowerment, défense de droits) ($\eta=3$) et l'expérimentation en contexte interprofessionnel réel ($\eta=2$).

3.3.3.4 Les facteurs ayant influencé positivement l'activité interprofessionnelle vécue

Selon les étudiants, les six principaux éléments facilitateurs renvoient aux aspects suivants : 1) **les attitudes/posture** des étudiants (ex. « désir d'apprendre » « ouverture » « belle curiosité » face à la profession des autres; sentiment d'être « à l'aise » et « en confiance »), 2) **l'organisation** (« expérience structurée, bien animée et clairement définie » (P26-TS); « centration nommée et explicités sur l'intervention intersectorielle » (P17-TS), la disposition physique des partenaires « autour d'une table », « en rond », à proximité », 3) **la formation des équipes interprofessionnelles** : un nombre réduit de personnes, stables, permettant de créer des liens et développer la confiance, incluant la présence de parents acteurs qui « donne du sens aux échanges » (P20-TS), 4) **la pédagogie et le contenu**, notamment : l'alternance théorie-pratique, le fait d'avoir tous accès aux mêmes « notions théoriques » ou « bases de connaissance », des « exercices appropriés pour développer ces compétences » (P33-TS); la nomination de rôles d'animation (4), l'étape de la rencontre pré-psi entre partenaires, pertinente pour se préparer à « adopter une posture d'ouverture » (P15-PS.ED), les « périodes de plénières » après chaque activité, 5) **un contexte axé sur « l'expérimentation » et « l'apprentissage »** : « moins menaçant », « non axé sur la performance », avec moins de contraintes que le contexte réel, 6) **le contexte scolaire** (cours non obligatoire, « présence volontaire », présence et participation de tous) et **le parcours des étudiants** (ex. « tous avancés dans leur parcours » universitaire, « expériences de stage »).

En regard des facteurs ayant influencé négativement l'activité interprofessionnelle vécue, les cinq principaux éléments contraignants mentionnés par les étudiants, sont par ordre de priorité: 1) **l'espace** alloué ($\eta=22/30$) pour les activités en équipe (locaux surpeuplés, environnement bruyant), 2) **le temps limité** ou manque de temps ($\eta=20/30$) pour réaliser certaines activités et étapes, ou pour se préparer en vue d'exercer son rôle professionnel ou d'animation, 3) **l'absence des étudiants en ergothérapie** dans la moitié des équipes (et l'alternance/changement d'équipe) pour compenser ($\eta=8$), 4) **le manque d'informations détaillées dans la vignette** pour actualiser son rôle professionnel spécifique ($\eta=5$) (ex. rapport d'évaluation disciplinaire, connaissances du milieu de pratique, des ressources du quartier), et 5) **la méconnaissance des professions des étudiants** ($\eta=4$) : « mal identifiées à la base » (P20-TS), comprises différemment au sein d'une même discipline, dans un « contexte d'apprentissage » où l'« identité professionnelle n'est pas très claire » (P30-TS).

3.3.3.5 Les points forts de l'expérience et les points à améliorer

Les points forts reconnus par les 29 étudiants ayant complété le Q-bilan, sont regroupés en 6 catégories et sont par ordre d'importance : 1) la présence et l'implication de comédiens « parents » dans l'expérimentation ($\eta=24/29$) qui ajoute un caractère « concret », « réel », « vrai » et « humain » à la démarche, 2) Les parties théoriques et pratiques et l'alternance entre les deux ($\eta=14/29$) 3) la présence d'étudiants d'autres disciplines dans la même activité pédagogique ($\eta=8/29$), 4) les modalités pédagogiques telles que l'activité brise-glace ($\eta=6/29$), le temps en plénière et le dosage adéquat entre travail en équipe et en grand groupe ($\eta=9/29$), 5) les professeurs qui animent l'activité ($\eta=7/29$) (co-animation, dynamique positive, pertinence des questionnements et expériences), 6) les dimensions liées à l'organisation (clarté des consignes, efficacité, documentation, etc.) ($\eta=4/29$). L'annexe 22 présente de façon détaillée les propos des étudiants en regard de chacune de ces grandes dimensions.

Quant aux points à améliorer, la majorité ($\eta=17/29$) émet des recommandations en lien avec la répartition du temps par exemple, il est recommandé d'allouer plus de temps aux exercices et discussions en équipe ($\eta=9/29$) et de diminuer le temps ou le nombre de plénières en grand groupe au profit de ce temps en équipe ($\eta=4/29$) ou d'allouer plus de temps lors de l'activité brise-glace pour expliquer les rôles de chaque

profession ($\eta=2/29$). Devant l'horaire « chargé », une participante propose d'allouer 2,5 jours à l'activité (au lieu de 2 jours). De plus, plusieurs ($\eta=7/29$) ont proposé de prévoir un temps de retour (conclusion et rétroaction) entre les membres à l'intérieur des activités réalisées en sous-équipes, ce, « avant le retour en grand groupe ». Sur le plan de l'organisation de l'espace nous disposons de trois locaux permettant d'accueillir chacun trois équipes pour la réalisation des exercices; plusieurs ont souligné le contexte bruyant et recommandé l'accès à des locaux individuels « plus propices au travail d'équipe » ($\eta=7/29$).

Le tiers des étudiants fait des propositions en lien avec la participation des différents acteurs (étudiants, comédiens) ($\eta=10/29$), notamment d'ajouter des étudiants d'autres disciplines afin de favoriser une plus grande diversité des points de vue professionnels (on déplore notamment l'absence de représentant ergothérapeute dans plusieurs équipes), ou d'offrir davantage d'interventions avec des acteurs comédiens, de prévoir la présence du jeune (il n'était pas représenté) et d'ajouter la présence/témoignage d'un parent lors de la 1^e journée (ils n'étaient représentés que lors de la 2^e journée).

Quelques recommandations concernent les informations fournies sur le cas à l'étude ($\eta=4/29$), par exemple, de fournir des rapports ou dossiers cliniques spécifiquement reliés à chaque profession ou encore d'ajuster le cas à l'étude pour refléter davantage de complexité afin de permettre aux étudiants d'« explorer les limites, problèmes, fractures et conflits réels qui surgissent lors des rencontres intersectorielles » (P31-TS). Sur le plan des contenus, deux personnes estiment que certains leur étaient redondants. Sur le plan organisationnel, une personne propose de réaliser l'activité « plus tôt dans la session », une autre de « donner moins de documents papier » ou encore de prévenir les étudiants qu'ils recevront de tels documents. Enfin, une recommandation a aussi été formulée en lien avec l'activité « Panel » réalisée en marge de la démarche expérientielle : il est proposé de « mettre plus d'accent sur la vignette » et d'« avoir un exemple d'une rencontre interdisciplinaire » (P9-PS.ED).

Enfin, à la suite de la complétion des trois questionnaires d'évaluation, plus des deux tiers des étudiants ($\eta=21/29$) ont complété la section « Autres commentaires ». Pour la majorité, il s'agit de remerciements, d'appréciations sur le caractère enrichissant, formateur, pertinent de l'expérience. « Expérience EXTRÊMEMENT appréciée ; « c'était tellement intéressant que j'en aurais voulu encore plus ! » (P26-TS). Certains ont rappelé des retombées positives de l'expérience, son importance dans le parcours universitaire, offert à la maîtrise et en fin de parcours, et recommandent qu'elle soit obligatoire pour ceux qui ont un « profil clinique ». Il ressort encore l'importance d'augmenter la durée de l'expérience ou de réaliser un travail préalable pour maximiser le temps d'échange entre partenaires.

3.3.4 Recommandations des professionnels en matière de formation initiale

Parmi les professionnels participant à l'enquête sur le terrain, vingt-deux ($\eta=22/24$) ont formulé plusieurs recommandations au regard de la question suivante : « *En prenant appui sur vos observations des forces et difficultés observées chez les étudiants ou les praticiens diplômés, quelles seraient vos recommandations pour améliorer la formation des étudiants et étudiantes en milieu universitaire en regard des pratiques de collaboration intersectorielle ou des démarches de plans de services individualisés (PSI) ?* »

Plusieurs recommandations renvoient aux compétences interprofessionnelles connues, et principalement à celle de *Travailler en collaboration*. D'autres ont trait à l'apprentissage d'autres connaissances ou compétences spécifiques et enfin, des suggestions sont formulées sur le plan des modalités de formation au travail de collaboration.

En ce qui a trait au développement des compétences interprofessionnelles, celles d'apprendre à *Travailler en collaboration* ($\eta=16/22$; 72,7%) ou à *Clarifier les rôles* ($\eta=9/22$: 41%) figurent parmi les plus souvent évoquées.

D'une part, il est proposé de « sensibiliser » les étudiants à « l'importance » du travail de collaboration ou du travail d'équipe (P25-CLSC), notamment « dans le but de répondre le plus efficacement possible aux besoins du jeune qui évolue au centre d'un système » (P28-CS); de « développer le réflexe de collaborer avec les partenaires, peu importe le milieu » (P11-OC) et de les former sur les « enjeux de l'interdisciplinarité » (P30-CS) et sur les « relations intersectorielles » (P25-CLSC). Plus spécifiquement la moitié des professionnels ($\eta=11/22$) mentionne la nécessité d'offrir aux étudiants de la formation sur les démarches de PSI puisqu'ils seraient plus familiers avec les plans d'intervention (PI) disciplinaires ou scolaires qu'avec les démarches PSI réalisées en contexte intersectoriel (P6-DPJ, P14-CS). Ce répondant résume bien la recommandation principale mise de l'avant « les différentes démarches de collaboration intersectorielles devraient être expliquées et distinguées auprès des étudiants (ex: PI vs PSI vs EIJ vs guichet tripartite, etc.), dans leur structure et leur fonctionnement » (P30-CS). Un autre mentionne que la formation à ce contenu apparaît « préalable à l'obtention du diplôme » (P16-CLSC). D'autre part, il est proposé de développer chez les étudiants des connaissances portant sur le réseau de services et les partenaires (personnes et organisations) : les organisations partenaires (leur mission et mandat) « P12-CS, P19-DSG », les rôles et expertises des professionnels. (P1-CHUS, P5-DPJ), les spécificités des divers « champs professionnels » (P13-CS, P17-CHUS), incluant celui des étudiants. Sur ce plan, on mentionne l'importance de « favoriser le développement d'une identité professionnelle bien définie » (P5-DPJ). De telles connaissances contribuent au développement de la compétence interprofessionnelle **Clarifier les rôles**. Enfin, les autres recommandations relatives aux compétences interprofessionnelles sont dans l'ordre :

- Développer des compétences en animation ($\eta=5/22$), de rencontres de groupe de professionnels, ce qui s'inscrit dans la visée de la compétence interprofessionnelle **Exercer un leadership en collaboration**. On souligne notamment l'importance de favoriser une meilleure connaissance théorique et pratique des techniques d'animation (P19-DSG). Cette acquisition de compétences en animation permettrait de « diminuer les craintes face à l'animation d'un PSI » (P3-DPJ);
- Développer des compétences à par le biais de formation en « communication » ($\eta=3/22$), par exemple, par le biais d'une « formation sur la communication saine » (P15-CHUS). De telles habiletés s'inscrivent dans le développement de **compétence à Communiquer avec d'autres**;
- Sensibiliser à « l'importance de la place des parents et du jeune » (P30-CS). Un participant ($\eta=1/22$) émet une recommandation en lien avec la compétence « **Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté** », en soulignant que leur « place [...] dans une telle démarche est un **élément** fondamental sur lequel il est important de sensibiliser les étudiants (comment aller chercher leur avis, leur collaboration, leur confiance, etc.) » (P30-CS);
- Développer des « aptitudes » sur le plan de la « médiation » (P17-CHUS) est aussi abordé par une personne ($\eta=1/22$); une telle habileté participe au développement de la compétence interprofessionnelle « **Participer à la résolution des conflits** »

Une catégorie de recommandations cible le développement d'autres connaissances ou compétences spécifiques chez les étudiants. Sur le plan des connaissances à privilégier et dans la foulée des propositions visant à développer des connaissances sur les rôles et mandats, on indique aussi l'importance de « bien connaître les services pouvant être offerts par les différents partenaires » (P13-CS, P3-DPJ) ainsi que les « critères d'accès aux différents services régionaux » (P12-CS); de « clarifier le fonctionnement de chaque trajectoire de services » (P2-DPJ). Sont aussi requises des connaissances sur le plan légal ($\eta=2$), soit, sur les « lois entourant les services offerts aux jeunes et à leurs familles » (P17-CHUS) et sur « les aspects légaux entourant les éléments de confidentialité » d'une démarche » de collaboration (P30-CS). Enfin, il est proposé de miser sur le développement de connaissances entourant la clientèle ($\eta=2/22$), par exemple les besoins spécifiques » des différentes clientèles (P13-CS) ou les « stades de développement normaux des enfants »

(P26-CLSC). En ce qui a trait au développement de compétences spécifiques, il est recommandé d'inclure à la formation des étudiants des apprentissages liés à l'évaluation et analyse des situations. Par exemple, une personne propose une « formation sur une approche permettant de bien évaluer une situation sous tous ses angles (ce qui permet de constater que les pistes de solution passent bien souvent par un travail concerté de collaboration) » (P15-CHUS). Une autre mentionne l'importance de « favoriser l'apprentissage d'une structure d'analyse facilement intégrable pour les différents corpus professionnels » (P5-DPJe). Plus globalement, il faut aussi miser sur le développement du « professionnalisme » (P15-CHUS) et du « savoir-être » (P3-DPJ) des étudiants.

Enfin, plus de la moitié des professionnels ($\eta=13/22$; 59%) formule des recommandations concernant plus spécifiquement des modalités de formation. Il est recommandé d'inclure davantage d'« expérience terrain » (P19-DSG) ou de « formation plus pratique/clinique que théorique » (P26-CLSC) au cours de la formation et de privilégier la réalisation de « stages dans des milieux travaillant étroitement en interdisciplinarité » (P15-CHUS). En contexte de stage, il importe d'offrir aux étudiants l'opportunité de « participer à un PSI dans le cadre de leurs stages » (P14-CS, P15-CHUS), de « pratiquer l'application de cette démarche » (P9-CPE), voire d'« assister à de vrais PSI "modèle" qui se feraient selon les règles de l'art » (P1-CHUS). En contexte universitaire, on propose de réaliser « des pratiques de collaboration interprofessionnelle entre les disciplines » (P5-DPJe), « d'intégrer des activités de simulation de PSI (ex: jeux de rôle) » (P1-CHUS), de fournir des « exemples de cas où de telles démarches sont illustrées » (P20-CHUS).

3.4 L'INTERPRO telle qu'enseignée en formation continue

3.4.1 Introduction

Les professionnels de diverses disciplines et secteurs (santé, social, éducation, etc.) ont généralement accès à des formations afin d'assurer le maintien et le développement de leurs compétences. C'est le cas, notamment, des nombreux professionnels œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), plus spécifiquement au sein du Centre intégré universitaire de la santé et des services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSSE-CHUS), notre partenaire terrain associé au projet de recherche INTERPRO.

Cette section du rapport de recherche présente d'une part, les résultats d'une collecte de données documentaire centrée sur le repérage des formations continues auxquelles les professionnels de la région de l'Estrie ont accès. D'autre part, afin d'enrichir nos connaissances sur les besoins de formation continue des professionnels, nous avons recueilli leurs recommandations sur cet aspect dans le cadre de l'enquête réalisée sur le terrain (section 2 du rapport). Ces résultats sont présentés en conclusion.

3.4.2 Méthodologie

La collecte de données visait initialement à rendre compte des différentes formations auxquelles les professionnels de différentes disciplines ont accès au sein et en dehors du réseau de la santé et des services sociaux. Cependant, au vu des circonstances entourant la collecte de données (pandémie Covid 19) et de l'interdiction de solliciter le personnel du RSSS pour des projets de recherche, aucune information n'a pu être recueillie auprès des personnes clés ciblées en ce qui a trait à l'offre de formation continue offerte par le CIUSSSE-CHUS.

La recherche documentaire a donc été réalisée sur les sites web : du centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé (UdeS); du centre de formation continue de l'UdeS; de plusieurs ordres professionnels (travailleurs sociaux, médecins, ergothérapeutes, infirmières, psychoéducateurs); de la

Formation continue partagée (FCP). Précisions que ce site de la Formation Continue Partagée (FCP) est une plateforme où l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux s'unissent pour améliorer l'offre de formation continue. D'autres ressources web sur les pratiques collaboratives ont aussi été consultées : Université de Montréal, collaborationinterprofessionnelle.ca, Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI), etc.

La recherche a été réalisée à partir de plusieurs mots clés : interprofessionnalité, interdisciplinarité, collaboration interprofessionnelle, collaboration, partenariat, leadership, conflit, PSI, intersectoriel. Les formations recherchées pouvaient être de différents types : conférence, auto-apprentissage, formation en ligne, formation en présentiel, atelier, etc.

Pour chaque formation répertoriée, les éléments suivants étaient collectés (lorsque disponibles) : type de formation, public cible, fournisseur et formateur ou formatrice, objectifs visés, lien avec les 6 compétences interprofessionnelles, durée de la formation, modalités (présentiel ou en ligne), octroi de crédits de formation.

3.4.3 Résultats

Cette recherche documentaire exploratoire et non exhaustive, a permis de répertorier et retenir, à titre d'exemples, seize formations pertinentes abordant un ou plusieurs aspects de la collaboration interprofessionnelle.

Les ressources de formation plus spécifiquement ciblées sur la collaboration interprofessionnelle sont certes celles qui sont offertes par le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI), de l'Université Laval (Québec, Canada). Neuf formations offertes en présentiel ($\eta=6/9$) ou en ligne ($\eta=3/9$) ont été répertoriées (<https://www.rcpi.ulaval.ca/formation/formation-continue-sur-la-cip/>). Un tableau présenté à l'annexe 23 fait état de ces différentes formations offertes par le RCPI, des objectifs et compétences visées et du public cible. Elles s'intitulent : « Collaboration interprofessionnelle » ; « Prévention et résolution de conflits en contexte interprofessionnel » ; « Leadership collaboratif : concepts et pratiques » ; « Améliorer ses pratiques de collaboration : une vision commune à cibler » ; « Regard sur nos pratiques de collaboration interprofessionnelle » ; Communauté de pratique : « accompagner les équipes vers la collaboration interprofessionnelle » ; « Soutenir les processus de travail en collaboration interprofessionnelle : rôles, conditions, défis » et « Stratégies de soutien aux pratiques de collaboration interprofessionnelle (préalables et partie 2) ».

Outre l'offre du RCPI, sept autres formations répertoriées ont été retenues ; elles sont offertes par les trois instances suivantes : le Centre universitaire de formation continue (CUFC) de l'Université de Sherbrooke (4 formations), le Centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'U. de S. (1 formation) et le site de la Formation continue partagée (FCP) (2 formations).

Le Centre universitaire de formation continue (CUFC) de l'U. de S. offre plusieurs formations continues dans divers domaines tels que : gestion humaine des équipes, leadership, créativité et innovation (p. ex. innover et rebondir en équipe dans le changement), communication (p. ex. animer des réunions efficaces et mobilisantes), amélioration des processus (p.ex. démarche d'amélioration collaborative), collaboration, résolution de problèmes complexes, prévention et règlement des différends, gestion humaine des équipes (p.ex. gestion des conflits au travail), etc. À titre d'exemple, sept formations sont offertes sur le leadership, et quatre dans le domaine de la communication. L'annexe 24 fait état des informations détaillées concernant quatre formations pertinentes eu égard à la collaboration interprofessionnelle offertes par le Centre universitaire de formation continue (CUFC) de l'Université de Sherbrooke pour l'année académique 2020-2021 ainsi qu'une

formation pertinente offerte au printemps 2020 par le Centre de formation continue (CFC) de la Faculté de médecine et des sciences de la santé (UdeS).

Enfin, du côté de la Formation continue partagée (FCP), deux formations pertinentes ont été retenues et sont présentées à l'annexe 25. Précisons que le site de la FCP est une plateforme où l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux du Québec s'unissent pour améliorer l'offre de formation continue. Les 2 formations répertoriées sont offertes respectivement par un centre intégré et un centres intégré universitaires de santé et de services sociaux et s'intitulent : « Formation régionale PSII (Plan de service individualisé intersectoriel) » et « Formation sur le Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ». Précisons que la Formation Continue Partagée (FCP) « est un projet novateur, où l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux s'unissent pour améliorer l'offre de formation continue. Par la création d'un répertoire national, la FCP propose une offre élargie de formations conçues par des experts cliniques et administratifs »; ces formations s'adressent « à l'ensemble du personnel du réseau de la santé et des services sociaux, clinique et non clinique, de même qu'aux stagiaires, bénévoles et médecins œuvrant dans le réseau ».¹¹

3.4.4 Recommandations des professionnels en matière de formation continue

Vingt-deux (22) participants sur les vingt-quatre (24) interrogés ont répondu à la question suivante : « En prenant appui sur vos observations des forces et difficultés observées chez les professionnels, quelles seraient vos recommandations **pour améliorer la formation continue en regard des pratiques de collaboration intersectorielle** ou des démarches de plans de services individualisés ? ». Les recommandations émises renvoient aux trois (3) grandes dimensions suivantes, par ordre de priorité : le développement de compétences interprofessionnelles et de conditions pour en favoriser l'exercice, les modalités de formation continue à privilégier et enfin, le développement de savoirs et d'outils liés à l'intervention.

3.4.4.1 Le développement de compétences interprofessionnelles.

Les recommandations renvoient aux quatre compétences suivantes: le travail en collaboration, la clarification des rôles, la communication, le leadership.

Travailler en collaboration. Des participants ($\eta=6/22$) mentionnent l'importance de développer le travail en collaboration » (P11-OC), voire d' « axer sur le développement des compétences pour le travail d'équipe à la base » (P13-CS), d'inclure le « développement de la pratique intersectorielle » « dans la formation continue de toutes les professions » (P7-DPJe). En ce sens, on propose de développer une meilleure connaissance et mise à jour de la démarche de Plan de services individualisée (PSI) (P17-CHUS, P18-DSG, P19-DSG). De plus, l'apprentissage d'une « démarche de co-développement » apparaît utile pour « inspirer » le travail collectif entourant réalisation des différentes étapes de la démarche PSI (p.ex. les étapes de « planification - révision de plan de service » (P13-CS). Certaines recommandations visent à qualifier la sensibilisation et la mobilisation des partenaires dans la collaboration. Ainsi, on soulève l'importance de cibler les acteurs clés » de la collaboration, notamment au moment d'engager des actions concrètes face à une situation problématique (P13-CS), de « valoriser davantage la participation du milieu médical dans les pratiques de collaboration (P7-DPJe).

Certaines recommandations visent plutôt la mise en place de conditions favorables pour soutenir l'exercice des compétences de collaboration ($\eta=5/22$). Le développement d'outils, par exemple « pour favoriser la réflexion sur la possibilité d'intégrer les autres secteurs professionnels » (P2-DPJ); des conditions d'ordre

¹¹ <https://cisss-outaouais.gouv.qc.ca/intranet/formation-continue-partagee/>

organisationnel, telles que la « reconnaissance statistique de l'intersectorialité par chaque organisation » (P19-DSG) et du « temps » alloué (P28-CS; P19-DSG) pour les étapes de la démarche PSI, la mise en place des structures formelles comme un « mécanisme de collaboration plus systématique, prévu dans le temps » (P19-DSG; P28-CS); le développement « d'outils permettant de faire un suivi des objectifs en cours pour la personne responsable de faire les suivis » dans le cadre de la collaboration (P25-CLSC). Enfin, des modalités de formation incluant chaque année une « visite des milieux des partenaires » sont proposées pour « favoriser les liens entre les partenaires » collaborateurs (P19-DSG).

Connaître les rôles professionnels et les milieux. Une meilleure connaissance des rôles, mandats et réalités des partenaires est au cœur des recommandations de près du quart des participants ($\eta=5/22$). Un participant relate l'impact de telles incompréhensions vécues sur le terrain, par exemple lorsqu'un médecin de famille émet une « prescription » de mesures scolaires (p. ex. une classe spéciale) jugées inappropriées au regard de la réalité du jeune et de l'école. On souligne l'importance de « former régulièrement sur les mandats spécifiques de chaque profession dans leur trajectoire de services » (P2-DPJ), de « développer une connaissance du rôle des différents professionnels » (P5-DPJe). Des moyens concrets sont suggérés pour favoriser le développement de cette compétence, par exemple : inviter les partenaires « comme conférenciers » (P1-CHUS), ou encore « offrir de petites immersions, visites ou mini-stage dans les différents milieux partenaires » afin de « prendre le pouls des enjeux, défis et réalités de ces services et ainsi développer une vision plus juste et arrimée » (P13-CS).

Qualifier la communication. Trois participants émettent des recommandations entourant la communication. Il est proposé de « développer des compétences sur la communication » (P26-CLSC), plus spécifiquement de « favoriser un dialogue transparent des enjeux institutionnels » (P5-DPJe), lesquels « amènent parfois de la fermeture et de la résistance » (P26-CLSC). Enfin, il est recommandé « d'encourager la communication » et d'offrir des moyens gagnants pour favoriser un canal de communication entre les partenaires » (P25-CLSC).

Développer l'animation et le leadership. Trois participants abordent la formation en regard de cette compétence. Ainsi, il est proposé de miser sur la « formation pour développer le leadership » (P26-CLSC) ou la « formation en animation (P5-DPJe), et plus spécifiquement « pour animer groupe de professionnels » (P18-DSG) et enfin, d'octroyer des « moyens concrets pour faciliter la tâche de l'animateur de PSI » (P3-DPJ).

Pour conclure, on constate qu'aucune recommandation n'est formulée en lien avec les compétences interprofessionnelles suivantes : exercer une pratique centrée sur la personne, les proches et la communauté et participer à la résolution de conflits. Rappelons que les participants ont aussi été invités à évaluer, à partir de pratiques concrètes en lien avec les compétences interprofessionnelles reconnues, dans quelle mesure ces pratiques ou compétences étaient plus ou moins acquises chez les professionnels rencontrés dans le cadre de leurs collaborations (voir la section 2 x du présent rapport). On a pu constater que la résolution de conflits, plus précisément *Reconnaître les conflits et apprécier leur nature potentiellement positive*, est la compétence jugée la moins acquise par les participants (66 % la considèrent peu acquise et 29% plutôt acquise).

3.4.4.2 Des modalités de formation continue à privilégier

La moitié des participants ($\eta=11/22$) émet des recommandations relatives à la tenue des activités de formation continue. Elles s'articulent autour de 4 aspects : les personnes visées (tout le monde), la fréquence (régulière), le contexte (intersectoriel) et des ressource et moyens à privilégier. Premièrement, il est précisé que la formation continue concerne tout le monde ($\eta=4/22$) : elle doit s'adresser à « tous les nouveaux employés » (P16-CLSC), à « l'ensemble des professions concernées » (P9-CPE), aux différents programmes ou

organisations impliquées dans les services de protection de la jeunesse, incluant le centre de « réadaptation (Val-du-Lac) » ou le centre d'hébergement mère-enfant « Villa Marie-Claire » (P6-DPJe), tous les « secteurs », incluant les « milieux communautaires » (P30-CS). Deuxièmement, les activités de formation continue doivent être offertes sur une base régulière ($\eta=3/22$) en raison d'un important « roulement de personnel » (P19-DSG, P29-CS, P30-CS); en ce sens, « des rappels et des mises à jour régulières devraient être organisées dans les différents milieux » (P30-CS). Troisièmement, on mentionne l'importance de « favoriser des formations décloisonnées » (P6-DPJe), soit, d'impliquer « différents secteurs » et de « forcer les activités de partage et de dispersion des groupes de travail entre collègues connus » (P5-DPJe). Enfin, quelques ressources ou modalités de formation sont suggérées : recourir au « coordonnateur ÉIJ » pour « préparer un partenaire ayant moins d'expérience » (P20-CHUS), offrir un « accompagnement accru des nouveaux professionnels et du **support par des pairs** avant qu'ils vivent leur première rencontre de PSI » pour palier à la méthode d'apprentissage « sur le tas » (P14-CS), lors des formations, « intégrer des activités de simulation » (P1-CHUS), et suite à la formation, « favoriser des activités de transfert des apprentissages pour pallier « la mise en application [...] très faible » (P6-DPJe).

3.4.4.3 Le développement de savoirs communs reliés à l'intervention

D'autres recommandations ($\eta=5/22$) visent le développement ou renforcement de savoirs communs relatifs à l'intervention mais jugés utiles pour qualifier la collaboration interprofessionnelle. Il est suggéré de viser l'apprentissage de connaissances sur les « lois entourant les services offerts aux jeunes et à leurs familles » (P17-CHUS), ainsi que sur les « problématiques des différentes clientèles » et les connaissances appropriées », puisque ces savoirs sont « en lien avec l'efficacité des objectifs et moyens du PSI » (P13-CS); d'offrir une « formation continue sur l'évaluation des situations cliniques dans une perspective globale » (P15-CHUS); de « favoriser l'apprentissage d'une structure d'analyse facilement intégrable pour les différents corpus professionnels » (P5-DPJe), et enfin, d'« offrir des outils permettant de faire un suivi des objectifs en cours pour la personne responsable de faire les suivis » (P25-CLSC).

4 Conclusion : recommandations générales pour le développement ou renforcement des pratiques et des compétences interprofessionnelles

Le bien-être des jeunes dont le développement ou la sécurité est compromis ou à risque de l'être, concerne toute la communauté appelée à collaborer avec les services de la protection de la jeunesse. Les résultats de Lemay et al. (à paraître, 2020) sur l'analyse des pratiques inter-réseaux MSSS-MEES, montrent la nécessité de se mobiliser et de faire communauté autour de ces jeunes et de leur famille. Par exemple, des lacunes sur ce plan figurent parmi les facteurs qui conduisent le milieu scolaire à l'impuissance d'agir et à l'exclusion de certains jeunes aux problèmes multiples et complexes. La collaboration interprofessionnelle ou intersectorielle, voire un partenariat véritable qui engage tous les acteurs, constitue une condition *sine qua none* pour réussir à relever ce défi : mettre en place un filet de sécurité sociale, contrer les obstacles au développement ou à la sécurité de ces jeunes et assurer leur bien-être au sein de leur famille et de la communauté.

Une démarche structurée d'action en partenariat est donc un passage obligé dans tous les cas où la sécurité ou le développement de jeunes est compromis, mais également dans toute situation où les besoins d'un jeune sont multiples et requièrent l'intervention de plus d'une organisation. Plus spécifiquement, une démarche structurée de partenariat devrait être envisagée dans toute situation de transition (de services ou de milieu de vie) vécue par ces jeunes en situation de vulnérabilité. C'est le cas par exemple lors d'un changement de milieu de réadaptation ou de garde (ex. famille d'accueil), ou à la fin d'un séjour en pédopsychiatrie. Une telle démarche structurée devrait aussi être mise en œuvre aux différentes étapes du processus d'intervention réalisé par les services de la protection de la jeunesse¹² afin de planifier les services requis avec la famille et les partenaires de la communauté et assurer le maintien du filet de sécurité requis autour de ces jeunes.

Au Québec, une telle démarche structurée de partenariat renvoie à la démarche de plan de services individualisée (PSI) et intersectorielle (PSII). Cette stratégie est à ce jour la plus structurée et la plus efficace dans les situations impliquant des jeunes en besoins. Elle est inscrite dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et dans nombre de politiques sociales et instituée dans le Réseau de la Santé et des Services Sociaux (RSSS) et de l'Éducation. Enfin, tel que mentionné plus tôt, dans les cas les plus complexes¹³ et face auxquels le réseau de services, lui-même en difficulté, ne réussit pas à offrir une réponse optimale aux besoins de ces jeunes et de leur famille, la situation peut être portée à l'attention du mécanisme Équipe d'Intervention Jeunesse (ÉIJ), implanté dans plusieurs régions du Québec (Lemay, Lambert, Bouchard et Lamontagne, 2017; Lemay, Dallaire et Ricard, 2015). Dans ce contexte particulier de médiation partenariale réunissant les personnes concernées (jeune, parents) et tous les acteurs impliqués dans la situation, la démarche PSI-PSII implantée dans toute sa rigueur demeure le modèle privilégié d'action en partenariat. Au Québec, le mécanisme ÉIJ a fait ses preuves sur ce plan (Gouvernement du Québec, 2017).

Rappelons, qu'en dehors des ÉIJ, dans le cadre des pratiques courantes, des démarches de PSI ou PSII sont aussi requises dans les situations de jeunes aux besoins multiples dont la situation requiert la contribution

¹² La démarche PSSI-PSII est requise par exemple, lors des moments clés suivants : à la fin de l'évaluation si le dossier est fermé mais que des besoins de services demeurent ; lors de la table d'orientation afin que les partenaires puissent ajuster leur intervention ; lors des tables de révision ; à la fermeture du dossier si le besoin de services demeure ou encore, à tout moment si la situation du jeune ou de sa famille évolue (ex. retrait de l'enfant de son milieu).

Lemay, Conclusion générale du rapport de recherche INTERPRO, version 15- 09- 2020

de plus d'une organisation ou d'un secteur (ex. santé services sociaux et éducation). Or, les résultats de notre étude portant plus spécifiquement sur les pratiques courantes de partenariat vécues par les professionnels sur le territoire de Sherbrooke (section 2), mettent en lumière les défis entourant la mise en œuvre de telles démarches (PSI-PSII) dans les situations de jeunes en besoin de protection ou à risque de l'être. Il importe donc de soutenir tant l'implantation et la réalisation des démarches de PSI ou PSII dans le cadre des pratiques courantes que l'implantation d'activités de formation axées sur l'appropriation d'une démarche rigoureuse de partenariat et le développement des compétences interprofessionnelles requises dans ce champ d'action. Tout au long du rapport de recherche, nombre d'avis ont été formulés par des professionnels ou des étudiants concernant les pratiques de collaboration interprofessionnelles ou intersectorielles (démarches PSI-PSII) (section 2.1), la formation initiale des étudiants (sections 3.3.34 et 3.3.4) ou la formation continue des intervenants (section 3.4.4). Les sections qui suivent mettent en relief d'une part, des recommandations pour le développement ou renforcement des pratiques entourant les démarches de partenariat PSI-PSII, et d'autre part, des recommandations pour le développement ou le renforcement des compétences interprofessionnelles chez les étudiants (en formation initiale) ou chez les intervenants (en formation continue).

4.1 Recommandations pour le développement ou le renforcement des démarches de partenariat

4.1.1 Le partenariat formel et structuré (PSI-PSII) : un passage obligé pour certains jeunes

Il importe de promouvoir, au sein des organisations comme dans le cadre des formations (initiales et continues), la nécessité et la *plus-value* des démarches structurées PSI-PSII pour tous les jeunes aux besoins multiples et plus spécifiquement pour ceux dont le développement ou la sécurité est compromis ou à risque de l'être. Dans le cadre des formations initiales ou continues, il serait pertinent de susciter la réflexion entre les participants sur les raisons évoquées pour décider d'amorcer une telle démarche formelle ainsi que sur les avantages et risques associés à ces raisons. Des participants ont évoqué l'importance de collaborer pour les « bonnes raisons » au-delà des exigences légales et administratives. Il importera de mobiliser dans ces formations les connaissances issues de nos travaux axés sur l'identification des différents indicateurs qui orientent vers la décision d'opter pour le partenariat ou la « pratique de soins et de services partagés » comme mode de collaboration interprofessionnelle dans certaines situations (Lemay, 2013; Lemay et Noël, 2018). Ces indicateurs se situent dans trois systèmes en interaction (jeune-famille; partenariat; organisation des services) et portent sur les problématiques rencontrées, les constats et les risques associés au statu quo, dans chacun des systèmes.

4.1.2 La mobilisation de tous les acteurs-clés : jeune, parents, partenaires professionnels

Qui sont les acteurs clés à mobiliser dans des démarches de PSI-PSII ? Ce sont toutes les personnes *concernées* par la situation du jeune (jeune, parent, proches) et toutes les personnes *impliquées* ou à impliquer pour leur venir en aide (partenaires du milieu naturel ou professionnel). Une démarche de partenariat optimale devrait veiller à ce que ces acteurs clés soient tous représentés.

En ce qui a trait à la participation du jeune, des défis restent à relever pour envisager des modalités adaptées à sa situation et permettre sa participation active. Rappelons que selon la moitié des professionnels interrogés, les jeunes ne participent « jamais » aux rencontres PSI, ou y participent « moins de la moitié du temps ». Cette absence est certes justifiée dans certains cas, toutefois, il nous apparaît pertinent de partager, dans les espaces de formation, les expériences prometteuses vécues entourant la participation des jeunes :

quelles sont les différentes modalités déployées pour adapter le processus et cette participation en fonction de leur réalité respective ? Le développement ou renforcement de modalités qui tiennent compte de leur situation particulière (ex. schématisation de la démarche PSI, pictogramme) s'avère essentiel pour mettre en place ces principes de participation active des jeunes. Il importe de réaffirmer que, pour mener à bien une démarche de PSII qui implique les jeunes de façon optimale, les professionnels doivent disposer de solides connaissances sur les différentes sphères de leur développement (cognitif, affectif, social, etc.). Les programmes de formation initiale doivent permettre l'apprentissage de ces connaissances de base essentielles au travail de collaboration avec les jeunes et les familles. Enfin, il importe, dans le contexte de la formation initiale interdisciplinaire, d'utiliser des moyens pour signifier davantage la présence de l'enfant au centre des échanges (ex. photo, vidéo, présence d'un jeune comédien).

En revanche, l'importance de s'assurer de la présence des parents aux rencontres formelles de PSI-PSII semble faire consensus sur le terrain. Une piste prometteuse serait de réfléchir ensemble, avec les parents, sur les conditions propices leur permettant de participer le plus activement possible et d'exercer leur pouvoir d'agir sur les décisions qui les concernent. Sur le plan de la formation initiale, l'expérience du cours interdisciplinaire nous a montré que l'introduction de comédiens parents dans les équipes a fait une différence pour les étudiants. Leur présence a eu des impacts positifs sur la mobilisation de la compétence professionnelle *Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté*. Nous retenons la recommandation des étudiants à l'effet d'allouer plus de temps pour les exercices en équipe afin d'y inclure une période de rétroaction portant sur les interventions vécues ou observées par ces comédiens. Maintenir leur participation à cette activité nous apparaît essentiel pour favoriser de tels apprentissages.

En ce qui concerne la représentativité des partenaires professionnels, rappelons que dans les espaces d'échange où sont présents le jeune et ses parents, le nombre de personnes en présence constitue souvent un obstacle à une participation active optimale. Il importe donc de s'assurer que le point de vue des différents professionnels soit représenté sans qu'ils ne soient nécessairement tous présents physiquement. Cela implique que des personnes significatives pour la famille ou requises pour la prise de décision s'assurent de transmettre la position des autres services ou professionnels de leur organisation. Dans le contexte de la formation initiale des étudiants impliqués dans l'activité interdisciplinaire (section 3.3), certains ont recommandé d'augmenter le nombre de disciplines représentées. Des démarches ont donc été réalisées pour tenter d'associer des étudiants d'une autre discipline (médecine) pour la prochaine activité (à l'hiver 2021).

4.1.3 Une reconnaissance et une sollicitation accrue des milieux communautaires

Une représentativité de tous les acteurs (organisations, secteurs) impliqués auprès des jeunes, est nécessaire pour assurer la diversité des points de vue lors de l'analyse globale de la situation et de la recherche de solutions. Or, nos résultats indiquent que les partenaires du milieu communautaire sont peu sollicités par le réseau public, notamment par les services de la protection de la jeunesse, à participer aux démarches de PSI-PSII dans la situation de ces jeunes. Il est nécessaire de reconnaître, en formation comme sur le terrain, la contribution particulière des milieux communautaires et la plus-value de leur action auprès des jeunes et des familles en situation de vulnérabilité. Bien que la situation de certains jeunes soit complexe, elle ne doit pas mobiliser uniquement les services spécialisés ou ceux de la protection de la jeunesse. Ces organismes communautaires, relevant du Ministère de la famille, ne sont malheureusement que trop peu ou mal mis à contribution dans ces espaces de partenariat alors que le développement de liens famille-communauté est d'autant plus requis lorsque les besoins à répondre sont multiples. Le renforcement des collaborations entre les réseaux public et communautaire permettrait certes d'agir en amont et d'éviter dans certains cas le recours aux services de la protection de la jeunesse. Dans le cadre de récents travaux de recherche mobilisant des parents

dont les enfants étaient ou avaient été suivis en vertu de la Loi sur la Protection de la Jeunesse (LPJ), plusieurs ont souligné très positivement la qualité de l'approche alternative « humaine » des organismes communautaires. (Lemay, Legendre, Lambert, Lavoie-Trudeau et Thiebault 2019). Sur le plan stratégique et politique, il faut promouvoir l'importance de ces acteurs et l'octroi de ressources leur permettant de jouer pleinement leur rôle de partenaire. Plus concrètement, il importe de réfléchir ensemble, gestionnaires et intervenants des différents secteurs (public et communautaire), des conditions et stratégies à mettre en place pour favoriser cette participation des organismes communautaires.

Enfin, rappelons que « l'intéressement précoce des acteurs » à toutes les étapes de la démarche, soit leur participation à l'analyse, aux prises de décisions et non seulement à l'action, figure comme l'une des conditions assurant l'efficacité du partenariat (Bilodeau et *al.*, 2011). Ces acteurs du communautaire doivent donc être sollicités tant lors de l'analyse des situations qu'au moment de la recherche et de mise en œuvre des solutions pour soutenir les jeunes et les familles de leur territoire. Sur le plan de la formation (initiale ou continue), il importe de développer, en collaboration avec des représentants de ces milieux, des modalités ou stratégies pour accroître les connaissances des partenaires sur leur mission et approche et ainsi favoriser leur implication optimale, en tant qu'acteur tout au long de la démarche.

4.1.4 Une mobilisation accrue de certains acteurs et un soutien concret à la réalisation des démarches PSI et à la participation de tous

Nos résultats portant sur l'expérience vécue à Sherbrooke indiquent l'importance de consolider la participation de certains acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Les partenaires ou « services » du RSSS qui sont sous-représentés sont : le secteur médical (médecins spécialistes et médecins de famille), les services offerts à la clientèle vivant avec une déficience intellectuelle (DI), un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou une déficience physique (DP) ainsi que les services de la protection de la jeunesse. Considérant l'importance de la mobilisation de tous les acteurs clés dans les démarches de PSI-PSII, il importe de se pencher sur l'identification des différents obstacles à la participation de certains d'entre eux.

Nos résultats indiquent que, parmi ces obstacles, figurent des barrières d'ordre organisationnel. Le manque de temps et de disponibilité est souvent évoqué. Le contexte vécu, marqué par le confinement en raison de la pandémie, a obligé le recours à d'autres formes de collaboration, synchrones ou asynchrones. Ces expériences nous invitent à réfléchir collectivement aux avantages et désavantages liés à l'usage de nouvelles technologies et à leur impact sur les collaborations interprofessionnelles. Comment inclure de manière efficace le recours à ces nouvelles technologies afin d'augmenter la participation de tous ? De plus, des mesures concrètes de soutien doivent aussi être envisagées pour permettre un allègement des tâches administratives associées à la réalisation des démarches de PSI-PSII et à la coordination de ces démarches par les professionnels (ex. soutien d'agents administratifs, développement d'outils de gestion, coordination).

Enfin, une autre avenue consiste à examiner l'efficacité des rencontres de collaboration. Les résultats indiquent l'importance de qualifier le fonctionnement et le déroulement des échanges lors des rencontres formelles de collaboration entourant les démarches PSI. Puisqu'il existe de multiples conditions pouvant faciliter ou entraver le déroulement des rencontres, il serait pertinent en formation initiale ou continue, de susciter l'échange entre participants sur ce plan. Concrètement, les participants pourraient, à partir de leur expérience (sur le terrain ou en stage), inventorier l'ensemble des conditions observées, pour ensuite les comparer aux données recueillies auprès des professionnels dans le cadre de cette étude (Tableau 5).

4.1.5 Une mise en œuvre plus rigoureuse de toutes les étapes de la démarche

Nos résultats indiquent l'importance de redonner un sens et une place aux étapes les plus négligées sur le terrain :

- les échanges préparatoires à l'élaboration du PSI (3^e étape) permettant notamment aux professionnels d'aborder et de résoudre les tensions ou controverses sur le plan partenarial, et de planifier l'étape suivante (rencontre PSI) afin d'en assurer la réussite ;
- la coordination et le suivi de la mise en œuvre du plan de services individualisé (5^e étape)
- l'évaluation et la révision du plan de services (6^e étape).

Au regard du faible taux d'activités de suivi et de révision de la situation rapporté par les professionnels, il importe de réitérer, dans le cadre des activités de formation (initiale et continue), leur sens et leur nécessité pour l'atteinte des résultats et l'amélioration des pratiques. Rappelons que l'étape de révision constitue une étape cruciale sur différents plans : d'une part, réévaluer et analyser la situation du jeune au regard des objectifs prévus au plan et apprécier les résultats concrets de l'intervention sur la vie du jeune et de sa famille, et d'autre part, évaluer également les processus et conditions ayant influencé positivement ou négativement la situation du jeune et l'atteinte des objectifs. Cette étape suppose donc de jeter un regard évaluatif et critique, entre autres, sur nos pratiques de collaboration interprofessionnelle, de communication entre les partenaires et sur la démarche PSI-PSII réalisée. Une telle activité de révision nous apparaît essentielle chaque fois que l'intervention ne donne pas les résultats escomptés ou que la situation du jeune se détériore. En tel cas, la concertation s'impose et la responsabilité de l'initier incombe à toute personne impliquée auprès du jeune et de la famille.

Enfin, force est de constater que l'on parle plus souvent d'un « PSI » que d'une « démarche PSI-PSII », le premier étant parfois réduit à une « grosse rencontre » et à la complétion d'un formulaire. Or, la démarche PSI-PSII comporte différentes étapes qui sont essentielles pour en assurer sa réussite. Elle vise l'atteinte de cibles précises à chacune des différentes étapes, incluant le travail de coordination-organisation de services propre à l'étape de planification. Cette démarche doit être enseignée et mise en œuvre rigoureusement sur le terrain, soit dans le respect des meilleures pratiques (Lemay et al, 2017; Lemay et coll., 2007). À première vue, la démarche de PSI-PSII peut sembler technique. Or, elle ne se limite pas à la simple application d'étapes prescrites : elle peut être animée de manière rigoureuse tout en mettant de l'avant la « couleur » et les forces des intervenants. En ce sens, nos observations et résultats nous indiquent que les caractéristiques et la participation des acteurs qui la vivent peuvent influencer grandement sa réussite. Enfin, relever ce défi ne repose pas uniquement sur la responsabilité et la qualité des professionnels, mais aussi sur une volonté ferme des organisations d'allouer les ressources nécessaires à une implantation rigoureuse de ces démarches.

4.1.6 Des activités de formation ou d'entraînement à la démarche PSI et des conditions gagnantes pour favoriser le maintien des acquis

À la lumière de nos expériences réalisées dans le cadre d'activités de formation (initiale ou continue), les démarches expérientielles se sont avérées fort prometteuses. En ce qui concerne la formation initiale, notre expérience dans le cadre du cours interdisciplinaire offert depuis 2017, montre que cette stratégie pédagogique a eu des retombées fort positives sur le développement de compétences interprofessionnelles des étudiants des trois disciplines impliquées. Ce constat nous incite à continuer d'offrir une telle démarche intensive. Or, au terme de leur expérience, les participants sont nombreux à avoir ciblé comme principal élément défavorable, le *temps limité* ou le *manque de temps* pour réaliser certaines activités et étapes, ou pour se préparer en vue d'exercer leur rôle professionnel ou d'animation. Toutefois, sur le plan structurel, toutes les unités de formation impliquées ne sont pas en mesure actuellement d'allouer plus de deux journées consécutives à la réalisation de cette activité interdisciplinaire. Au vu de cette contrainte et du manque de temps d'expérimentation en groupe

durant ces deux journées, il importe d'examiner les possibilités pour permettre l'apprentissage de certaines connaissances ou collaborations préalables à distance. Ceci dit, il nous apparaît approprié également d'envisager des modalités permettant aux participants d'apprendre à gérer les activités dans un temps restreint. Enfin, il importe aussi d'examiner, au sein de nos unités de formation respectives, les opportunités offertes aux étudiants pour mobiliser en milieu de stage les connaissances et compétences acquises. Ces contextes de stage permettent-ils aux étudiants de participer activement à la préparation et à la réalisation de démarches de PSI-PSII ? Les superviseurs impliqués auprès d'eux sont-ils tous en mesure de les accompagner dans leur réflexion sur de telles démarches de partenariat ?

Sur le terrain, l'accompagnement des intervenants moins expérimentés dans des démarches réelles de PSI ainsi que le mentorat offert par des collègues seniors, sont des modalités recommandées par des professionnels et nous apparaissent fort pertinentes à privilégier. Quant aux activités de formation continue, il importe qu'elles soient réalisées dans les meilleures conditions : 1) un contenu qui puise aux connaissances sur les meilleures pratiques entourant ces démarches (Lemay et al., 2017; Lemay et coll., 2007), 2) une pédagogie qui inclut une démarche de type expérientiel plus favorable à l'acquisition des différents savoirs requis, ce qui suppose d'y allouer du temps, 3) un contexte intersectoriel réunissant les partenaires de différentes disciplines/professions et de différents secteurs impliqués auprès des jeunes et de leur famille, 4) une coanimation réalisée par des formateurs ayant développé une expertise reconnue en matière de démarches PSI ou PSII et issus de différentes disciplines/professions et secteurs (social, santé, éducation). Ces conditions favorisent une plus large appropriation des savoirs et compétences parmi les acteurs de professions impliqués auprès des jeunes et de leur famille.

Il importe que les milieux de pratique continuent d'enrichir le développement de la formation continue en partenariat étroit avec le milieu universitaire ; une telle collaboration permet de tirer profit des expériences novatrices d'enseignement interdisciplinaire qui y sont mises en œuvre. Ces initiatives s'intensifient entre l'Université de Sherbrooke et le CIUSSS de l'Estrie-CHUS, notamment via la participation du partenaire principal de la présente recherche INTERPRO.

Enfin, il importe d'insister sur l'importance de mettre en place des conditions permettant de soutenir le maintien des apprentissages réalisés dans le cadre des activités de formation continue. Force est de constater que ces démarches de PSI-PSII ont encore du mal aujourd'hui à se réaliser, et ce, en dépit des conditions suivantes : 1) les dispositions légales en vigueur depuis des décennies (ex. LSSSS, art. 105) concernant l'obligation d'en élaborer dans certaines situations, 2) la production de nombreux cadres de référence régionaux en matière de PSI ou PSII dans les différentes régions du Québec et 3) les nombreuses formations offertes aux professionnels dans différentes régions du Québec. Précisons que la majorité des formations déployées dans les différentes régions incluant celle de l'Estrie puisent aux travaux de Lemay et coll. (2007). Encore aujourd'hui, ces travaux s'avèrent pertinents et sont traduits et adaptés, par exemple, pour les communautés autochtones (RUIJ et Lemay, 2019). Or, de telles formations ne suffisent pas. Le problème récurrent relié à l'implantation des démarches de PSI ou PSII tient surtout au fait que les formations ne sont pas soutenues par la mise en place de conditions structurelles assurant, lors de la formation et par la suite, l'encadrement et le soutien continu des professionnels dans leur rôle de collaborateur ou d'animateur-coordonateur désigné « d'intervenant réseau ». (ex. codéveloppement, accompagnement dans l'action). Il importe donc de s'assurer que soit planifiée, avant les activités de formation continue, une structure claire permettant d'encadrer et de soutenir les intervenants. Les conditions suivantes expérimentées au fil des ans dans quelques régions, sont fort prometteuses : l'identification de personnes ressources dédiées à cette fonction de soutien qui inclut un

accompagnement des intervenants dans l'action et enfin, des modalités de développement professionnel pour les personnes ressources elles-mêmes (ex. du codéveloppement).

4.2 Recommandations pour le développement ou le renforcement des compétences interprofessionnelles en formation initiale ou continue

Dans le cadre de cette étude, nous avons mis l'emphase sur six compétences interprofessionnelles promues dans le *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. (CPIS, 2010). Les étudiants comme les professionnels interrogés dans le cadre de cette étude se sont prononcés, soit sur les apprentissages réalisés au cours de l'activité interdisciplinaire (étudiants), soit sur les acquis observés sur le terrain (professionnels). Nombre de constats et recommandations ont été formulés et sont présentés dans ce rapport. Au vu de l'ensemble des résultats, nous mettons en lumière ici quelques recommandations afin de soutenir le développement ou le renforcement des compétences interprofessionnelles en contexte de formation initiale ou continue. Pour l'essentiel, il nous semble pertinent de développer des modalités pédagogiques permettant de renforcer les compétences suivantes : *Clarifier les rôles*, *Participer à la résolution de conflit* et *Exercer un leadership collaboratif*. De plus, nos résultats suggèrent l'importance de miser aussi sur le développement de compétences transversales tout au long de la formation initiale.

4.2.1 Miser sur la clarification et la reconnaissance continue des rôles: un incontournable pour travailler en collaboration

Sur le terrain, la méconnaissance des rôles des partenaires constitue une barrière importante à la collaboration interprofessionnelle. Le manque de compréhension de certains rôles ou de connaissances de la mission, des mandats et rôles des acteurs dans une organisation donnée est à la source de plusieurs tensions et controverses entre les partenaires. Nos résultats convergent vers l'importance de favoriser une meilleure connaissance des partenaires entre eux (mandats, rôles, responsabilités, limites organisationnelles). Nombre d'activités peuvent être envisagées pour favoriser une meilleure clarification des rôles sur le terrain, notamment, la réalisation de formations en contexte interprofessionnel ou intersectoriel, des visites de milieux, de courts stages permettant de saisir la réalité vécue par les partenaires, des échanges portant sur les croyances et attentes respectives des uns en regard des autres, etc.

Sur le plan de la formation initiale, rappelons que les étudiants se sont prononcés sur les principaux apprentissages réalisés au terme de l'activité interdisciplinaire et que pour la majorité d'entre eux, les apprentissages relatifs à la connaissance des rôles des étudiants d'autres disciplines figuraient au premier rang de leur appréciation. L'expérience leur a permis d'apprendre à mieux connaître, reconnaître ou comprendre le rôle de chacun, sa spécificité, son expertise et ses limites. Pour certains, l'expérience a aussi permis de mieux comprendre son propre rôle, sa « spécificité » ou de « clarifier son identité professionnelle ». De plus, certains ont été en mesure de mieux préciser leur apport spécifique ou distinctif dans l'action.

Au vu de ces constats, nous réitérons l'importance de miser sur la réalisation d'activités axées sur la clarification des rôles dont certaines ont été déjà expérimentées dans le cadre de l'activité interdisciplinaire, par exemple : 1) la tenue, avant l'activité de formation interdisciplinaire, d'un panel interactif réunissant les étudiants et des intervenants de professions et de milieux de pratique diversifiés (incluant le milieu communautaire) autour d'un échange centré sur leur vision de leur rôle respectif entourant une situation d'intervention donnée (vignette), ainsi que sur les réalités du travail de collaboration intersectorielle vécues sur le terrain, 2) une activité *brise-glace*, en début d'activité de formation, permettant à chaque cohorte de présenter sa discipline, 3) une plénière au début et à la fin de la formation, centrée d'une part, sur le partage des

perceptions ou croyances respectives des étudiants de chaque cohorte à l'égard des autres disciplines/professions, et d'autre part, sur les découvertes réalisées au cours de la formation en ce qui a trait aux spécificités de chacune des professions et aux zones communes, 4) la réalisation de travaux préparatoires à la formation en contexte interdisciplinaire, centrés sur la réflexion et la clarification de leur identité professionnelle.

Sur ce plan, rappelons que les résultats issus de la collecte de données réalisée auprès des quatre unités de formation universitaire (section 3.2), indiquent l'importance accordée au développement d'habiletés ou d'attitudes relatives à l'expression de son identité professionnelle, à la reconnaissance de sa spécificité, à l'affirmation, à la définition, à la clarification de son rôle et de ses valeurs, ainsi qu'au professionnalisme. Les programmes de formation initiale sont effectivement fondés sur des logiques professionnelles (ex. connaissances disciplinaires, territoires professionnels, actes). Or, en contexte de collaboration, des tensions émergent de la rencontre entre identité/logique professionnelle et logique interprofessionnelle (D'amours, 1999). À titre d'exemples, les partenaires doivent relever le défi de développer des référents théoriques et méthodologiques communs, ou de dépasser leur strict mandat/ rôle pour répondre aux besoins des jeunes dans des situations atypiques. Enfin, il importe de mentionner que la clarification des rôles constitue un processus continu; les mandats et rôles des partenaires ne sont pas connus une fois pour toutes, puisqu'ils doivent s'ajuster en fonction des contextes et des situations singulières rencontrées et des ressources disponibles pour répondre aux besoins. En ce sens, il serait pertinent de soutenir la réflexion et l'échange entre les participants en contexte de formation autour du concept de *rigueur* dans l'exercice de son rôle et de celui de *rigidité*, considérant le fait que les deux sont parfois associés. Le sens accordé à la notion de rigueur peut varier selon les disciplines ou professions. Une activité de formation pourrait permettre aux participants de définir et comparer les contours de cette *rigueur* dans l'exercice des différentes professions; par exemple chacun pourrait se positionner à partir d'un énoncé déclencheur tel que: « dans une démarche donnée [à définir], un [psychoéducateur ou travailler social ou médecin] qui intervient de manière rigoureuse, agit de telles façons... ». Il importe de rappeler que la compétence à reconnaître et clarifier son rôle ou son expertise singulière est essentielle à la collaboration, tout comme celle qui consiste à faire preuve de souplesse face à certaines situations, et à mobiliser ses principaux atouts pour collaborer à la résolution de situations complexes.

Pour conclure, une meilleure connaissance et reconnaissance du rôle et de la contribution spécifique de chaque partenaire nous semble une compétence incontournable pour réussir à relever le défi de la collaboration. Cette clarification construit la posture collaborative qui repose sur la reconnaissance de la valeur de la contribution de chaque acteur et de la nécessaire interdépendance entre eux pour réussir à répondre aux besoins multiples des jeunes et familles concernés par l'intervention. Il nous apparaît pertinent de favoriser les échanges axés sur les professions, les identités professionnelles et les secteurs (privé, public, tierce secteur, etc.) afin d'enrichir la connaissance sur les positions de chaque partenaire et leur accorder la légitimité qui leur revient. Ces connaissances soutiennent le développement d'une posture collaborative, laquelle, en revanche, contribue à la qualité des interactions et échanges entre acteurs. Les barrières reliées à la hiérarchisation des secteurs, professions ou statuts, ainsi que le déséquilibre des pouvoirs entre eux, s'atténuent dans la mesure où « tous les points de vue sont traités de façon égale ».

4.2.2 Développer la compétence à résoudre les controverses en contexte interprofessionnel

Nos propres constats de recherches antérieures menées sur le terrain nous permettent de constater que l'usage de la notion de « conflit » en contexte de collaboration interprofessionnelle ou intersectorielle rejoint peu la réalité vécue et exprimée par les professionnels rencontrés. De plus, dans le cadre de cette présente étude

les professionnels ne formulent pas de recommandation sur le plan du développement de la « compétence à résoudre des conflits ». En revanche, ils reconnaissent l'existence de tensions, de divergences de points de vue ou de controverses et ils sont en mesure d'en identifier plusieurs dans le cadre de cette étude ou d'autres travaux antérieurs (Lemay et al, soumis 2020). Rappelons que l'une des conditions d'efficacité du partenariat consiste à reconnaître l'existence des controverses et à les nommer collectivement; cette étape est essentielle afin de réussir à les résoudre (Bilodeau, Lapierre et Marchand, 2003). À titre d'exemple, nos recherches ont déjà montré l'existence d'une controverse récurrente entre les services de la protection de la jeunesse et les partenaires en ce qui a trait aux situations de non rétention de signalement et de fermeture de dossier dans des situations de jeunes qui demeurent préoccupantes. Or, la mise à plat de cette controverse récurrente a conduit une région du Québec à se doter d'un programme basé sur une structure de communication et d'échanges entre partenaires concernés dans de telles situations (Lemay, Prémont et Bouchard, 2018).

À la vue de nos observations et résultats, nous sommes d'avis que le seul usage de la notion de conflit dans les cadres de références développés en matière d'interprofessionnalisme permet difficilement de rendre compte de l'éventail des réalités vécues au sein des partenariats interprofessionnels ou intersectoriels. En ce sens, nous avons opté aussi pour l'usage des notions de tensions et de controverses (Bilodeau, 2000) dans le questionnaire administré aux professionnels. En revanche, il nous apparaît important en contexte de formation initiale ou continue, d'explorer le sens de ces différents concepts et réalités, de situer également la place du conflit et d'examiner les conditions de son émergence au sein des interactions. Il importe aussi de susciter la réflexion sur les fonctions positives des controverses et conflits, et, sur le plan des connaissances, de situer leur importance dans les processus d'innovation au sein des partenariats.

En contexte de formation initiale, plus précisément dans le cadre de l'activité de formation interdisciplinaire, nos résultats mettent en lumière la difficulté des étudiants à jouer le jeu du conflit malgré les différents moyens pédagogiques utilisés pour favoriser la mobilisation de leurs compétences sur ce plan, par exemple : 1) des informations claires sur la nature des controverses au sein des rapports entre les partenaires dans la situation fictive présentée, 2) des informations individualisées (cachées) sur le positionnement de chacun face à ces controverses, et 3) un temps d'échange alloué aux équipes pour permettre de nommer et résoudre les controverses (étape 2 de la démarche PSI-PSI). Nos résultats indiquent que la difficulté à participer à la résolution des conflits dans cette situation relève de différents facteurs. Rappelons que des participants ont évoqué leur forte volonté de collaborer et de faire consensus dans ce nouveau contexte d'apprentissage et de prévenir les conflits. D'autres ont partagé leurs propres difficultés personnelles à aborder ou à faire face au conflit (« nature gênée », peur de « déplaire », tendance à ne pas « exprimer mon désaccord », à ne pas « aborder de fronts des problèmes », « à vouloir les éviter », etc.). Enfin, certains mentionnent l'absence de conflits vécus, voire d'occasions de les résoudre dans la situation d'apprentissage présentée. Une recommandation va dans le sens d'introduire dans la vignette des éléments de tensions ou controverses ou des contraintes réelles rencontrées sur le terrain. Or, les éléments introduits dans l'activité d'apprentissage puisent aux résultats de recherches menées auprès des professionnels sur la nature de leurs controverses. Nous nous sommes questionnés sur le caractère fictif de la situation (vignette) et des rôles de chacun, en tant qu'obstacle potentiel à laisser émerger des tensions... et donc à les faire vivre aux participants. Au vu de ces résultats et hypothèses, il nous apparaît pertinent en contexte de formation initiale de recourir à des acteurs externes (professeurs ou praticiens formateurs ou comédiens) pour introduire des éléments de conflits ou de controverses obligeant les participants à y faire face et à les résoudre. Il est aussi recommandé d'introduire, dans les activités de formation (initiale ou continue), une première réflexion sur la manière dont les étudiants ou intervenants abordent le conflit dans leur vie personnelle, puis de réinvestir cette analyse par la suite dans une réflexion sur les

collaborations interprofessionnelles ou intersectorielles en ajoutant des éléments de connaissance qui permettent l'analyse des tensions, controverses ou conflits rencontrés dans ces contextes.

4.2.3 Soutenir le développement de compétences à animer ou à exercer un leadership collaboratif en contexte interprofessionnel

En contexte de formation initiale, plusieurs programmes de formation en sciences humaines et sociales exposent les étudiants à des connaissances et techniques permettant d'assurer une animation de groupe efficace. Or, généralement, ces compétences sont surtout mobilisées dans des contextes d'apprentissage centrés sur l'intervention auprès de la clientèle. Le défi demeure donc de permettre aux étudiants de mobiliser ces compétences auprès de partenaires, dans des contextes de collaboration interprofessionnelle. Il nous apparaît important de réaffirmer la pertinence d'enseigner ces techniques d'animation de groupe, mais également d'offrir des opportunités permettant le transfert de ces acquis dans le cadre d'activités interdisciplinaires visant le développement de compétences axées sur l'animation et le leadership collaboratif. Rappelons que dans le cadre de l'activité de formation interdisciplinaire, les étudiants ayant eu à jouer un rôle d'animateur, coordinateur de la démarche PSI-PSII, rapportent les impacts positifs de cette expérience sur la mobilisation et reconnaissance de leurs compétences sur le plan de l'animation. Ce constat nous incite à continuer de développer des moyens pédagogiques permettant d'offrir davantage d'opportunités de jouer un rôle de leader et de s'assurer que le plus grand nombre d'étudiants exercent une fonction en ce sens.

Sur le terrain, rappelons que près de la moitié des professionnels interrogés ont mentionné l'importance de qualifier le déroulement et l'animation des échanges lors des rencontres formelles de PSI-PSII, par exemple : clarifier l'objectif et le fonctionnement au début, clarifier et comprendre les rôles de chacun; assurer « le droit de parole » à tous, le « respect des opinions de chacun » ; se centrer « sur les faits » pour éviter les jugements. Ces habiletés renvoient en partie à des savoirs faire en contexte d'animation de groupe ou d'équipe de travail. Il importe donc d'envisager l'apprentissage de telles compétences en animation dans le cadre d'activités de formation continue : plusieurs professionnels dans le cadre de cette étude abondent dans le sens de cette recommandation.

Enfin, mentionnons que la qualité de l'animation, mais également celle des échanges dans le cadre des collaborations interprofessionnelles ou intersectorielles, s'appuie sur les habiletés de communication des acteurs impliqués. Ces compétences communicationnelles sont donc essentielles et leur développement est généralement soutenu dans le cadre des programmes de formation initiale. En revanche, sur le terrain, la qualité et l'efficacité de la communication entre partenaires est également tributaire de conditions organisationnelles. Nos résultats indiquent l'importance de réfléchir collectivement aux impacts des barrières organisationnelles (statuts, structure de communication hiérarchisée) qui freinent, par exemple, l'accès direct à des acteurs clés ou la fluidité et rapidité des communications dans des situations où l'importance d'agir rapidement s'impose. Rappelons la recommandation d'un participant sur ce plan : *Faciliter la communication visant à solliciter des partenaires (barrières liées aux statuts, cadre et professionnel) (ex. pour un intervenant scolaire « il est ardu d'entrer en communication avec ces personnes qui peuvent parfois ne communiquer qu'avec d'autres gestionnaires comme eux »)*. Une réflexion collective autour de la question suivante serait certes profitable : quels sont les impacts de ces barrières sur le partenariat et sur la qualité des services aux jeunes et familles ?

4.2.4 Le développement de compétences transversales dans le cadre d'une approche-programme¹⁴

Questionnés sur les « qualités requises » pour assurer la coordination de telles démarches de partenariat, des participants évoquent certaines habiletés permettant une « communication efficiente » avec les partenaires, par exemple, la capacité de synthétiser, vulgariser les informations et résumer la position de chaque acteur. Or, de telles qualités renvoient à des compétences transversales que l'on retrouve dans la plupart de nos programmes de formation initiale (ex. travail d'équipe, communication, collaboration). Il importe de réitérer l'importance d'une approche-programme dont les pédagogies permettent le développement de ces compétences. Une telle approche permettrait de resituer la collaboration interprofessionnelle au cœur des différentes professions concernées. Elle nécessite cependant une concertation à l'intérieur même des différentes unités de formation initiale, ce qui suppose entre autres un travail de sensibilisation préalable. En effet, une tension existe bien souvent au sein des unités quant à l'importance de ces compétences par rapport aux connaissances ou savoirs. Il importe donc de miser sur la reconnaissance et la complémentarité entre savoirs et compétences transversales ou génériques et sur le développement, la promotion et la valorisation de pratiques pédagogiques permettant le développement de ces dernières. Enfin, dans le cadre d'une approche programme, il nous semble important également de penser les apprentissages en termes de progression ou de cheminement. Ainsi, certaines notions peuvent être introduites en début de formation, alors que d'autres nécessitent un peu plus d'expérience terrain (par la voie des stages notamment). Par exemple, clarifier la démarche de PSII peut faire l'objet de connaissances transmises au début d'un programme de formation. En revanche, le développement des compétences en lien avec l'exercice d'un leadership collaboratif pourrait être stimulé graduellement au fur et à mesure où les personnes acquièrent de l'expérience.

¹⁴ « L'approche-programme est un modèle de création et d'organisation des programmes de formation qui vise : le décloisonnement des matières pour une meilleure intégration des apprentissages; la cohérence entre les composantes du programme (notamment les activités pédagogiques telles que les cours et les stages) et l'harmonisation des pratiques de formation ». Repéré à : <https://www.usherbrooke.ca/ssf/veille/perspectives-ssf/numeros-precedents/octobre-2017/le-fin-mot-approche-programme/>)

5 Bibliographie

- Agten & Gillet Ensact 2011 Agten et Gillet (2011). Ensact Congress introduction: Sustainable Social Development and Economical Challenges Brussels 10-13 April 2011
- Bilodeau, A., Lapierre, S., & Marchand, Y. (2003). *Le partenariat comment ça marche ? Mieux s'outiller pour mieux réussir*, Montréal, Québec : Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 33p.
- Bilodeau, A. (2000). Les conditions de qualité de la planification participative et de l'action en partenariat dans le champ de la prévention-promotion de la santé et du bien-être, le cas des priorités régionales 1995-1998 de Montréal-centre. Thèse de doctorat. Montréal: Université de Montréal.
- Bilodeau A., Galarneau, M., Fournier, M. et L. Potvin (2011). L'Outil diagnostique de l'action en partenariat : fondements, élaboration et validation, *Revue Canadienne de santé publique*, 102 (4): 298-302.
- Bilodeau, A., Galarneau, M., Fournier, M. & Potvin, L. (2010). Outil de l'action en partenariat : pertinent pour les actions de réduction des inégalités. Dans Potvin, L., Moquet, M.-J. et Jones (sous la dir.) *Réduire les inégalités sociales en santé* (pp. 334-346). Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 380 p.
- Bilodeau, A., & Potvin, L. (2016). Unpacking complexity in public health interventions with the Actor–Network Theory. *Health Promotion International*, 1(33), 173-181. doi:10.1093/heapro/daw062
- Blais, M. & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*. 26(2), 1-18
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014 et rev. 2018)). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI), 26 p. Repéré à : https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Actualites/Guide_explicatif-Continuum_vFR_18-07-31.pdf
- Castel, Robert (1995). *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*, Fayard, Collection « L'espace du politique », 1995, 490 p., ISBN 2-213-59406-6.]
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS, CIHC) (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Repéré à : https://health.uottawa.ca/interprofessional-clinic/sites/health.uottawa.ca.interprofessional-clinic/files/cihc_ipcompetencies-frr_sep710.pdf
- D'Amour D., Sicotte C., Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*. 17 (3), 67-94.
- Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) (2018). *Collaboration professionnelle en santé. Cadre d'apprentissage en matière de collaboration professionnelle en santé*. Programmes d'ergothérapie, médecine, physiothérapie et sciences infirmières : Université de Sherbrooke.
- Giddens, A. (1987). *La constitution de la société. Éléments de la théorie de la structuration*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) (2017). *Vers une meilleure intégration des services aux jeunes en difficulté et leur famille : Orientations ministérielles relatives au programme-services destinés aux jeunes en difficulté 2017-2022*, Québec (Qc) : Le MSSS, Direction des communications, 74 pages.

- Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux (2007). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services Jeunes en difficulté. Offre de service 2007-2012*. Québec, 92 p. Site : www.msss.gouv.qc.ca (section Documentation, rubrique Publications).
- Gouvernement du Québec (2005). Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Le plan de services individualisé et intersectoriel. http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/MELS-MSSS_Plan-services.pdf
- Hindess, B. (1982). Power, Interests and the outcomes of struggles. *Sociology*, 16(4), 499-511.
- Hindess, B. (1996). *Discourses of Power from Hobbes to Foucault*. Oxford: Blackwell publishers.
- Lallement, M. (1998). Compte rendu de [Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat par Robert CASTEL, Paris : Fayard, Collection " L'espace du politique ", 1995, 490 p., ISBN 2-213-59406-6.] *Relations industrielles / Industrial Relations*, 53 (2), 381-385.
- Lemay, L., Noël, J., Jasmin, E., Vinet, V., Lambert, D, et N. Ricard (à paraître, 2020). « La scolarisation des jeunes présentant des problèmes multiples et complexes : quelles situations confrontent le milieu scolaire à l'impuissance d'agir? » Dans (Lafortune, D. et coll.) *Les jeunes en difficulté, un défi collectif*. Montréal, Les Éditions du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, Collection Institut universitaire Jeunes en difficulté.
- Lemay, L., Marion, É., Tougas, A.-M., Jasmin, E., Lessard, M. et N. Ricard (soumis 2020). La collaboration intersectorielle au profit des jeunes présentant des problèmes multiples et complexes : quelles tensions ou controverses au sein des pratiques entre les secteurs de l'Éducation et de la Santé et des Services sociaux ? *Sociétés et jeunesse en difficulté, Revue pluridisciplinaire de recherche*, Automne 2020.
- Lemay, L., Legendre, C.-M., Lambert, A., Lavoie-Trudeau, É. et G.-C. Thiebault (2019). "Espaces de parole démocratiques et de dialogue Parents-Intervenants pour une amélioration des pratiques d'intervention sociale et des systèmes de soins et de services axés sur le développement et le bien-être des enfants dans leur famille et leur communauté". Congrès de l'Association Internationale pour la Formation, la Recherche et l'Intervention Sociale - AIFRIS. *Sociétés plurielles, Travail social et Vivre ensemble*. Beyrouth (Liban) : École libanaise de formation sociale (Université Saint-Joseph), 2 - 5 juillet 2019
- Lemay, L., Prémont, S. et M. Bouchard (2018). *Partenariat interréseaux et intégration des services aux jeunes : enjeux et défis en situation complexe*. Colloque de l'Institut universitaire Jeunes en difficulté (IUJD) : Défis Jeunesse. Montréal (Québec) : Centre Mont-Royal, 4 décembre 2018.
- Lemay, Louise et Julie Noël (2018). Tableau des indicateurs de transition entre les modes de collaboration interprofessionnelle ou intersectorielle. Université de Sherbrooke, 12 octobre 2018, 22 pages.
- Lemay, L., Lambert, H., Bouchard, A., & Lamontagne, M. (2017). Ensemble pour le développement et le bien-être des jeunes en besoins multiples et complexes. Guide de soutien à l'implantation ou consolidation des mécanismes de coordination intersectorielle ou des Équipes d'Intervention Jeunesse (ÉIJ), et à la réalisation des démarches de plan de services individualisé (PSI) et de plan de services individualisé et intersectoriel (PSII). Sherbrooke (Québec) : Université de Sherbrooke, 59 pages. <https://reijq.espaceweb.usherbrooke.ca>
- Lemay, L., Dallaire, M. et N. Ricard (2015). La compétence des coordonnateurs, médiateurs partenariaux, au sein des Équipes Intervention Jeunesse (ÉIJ) au Québec : un savoir agir en contexte de complexités

- multiples. Sherbrooke (Québec) : Louise Lemay, Université de Sherbrooke, 41 pages.
<https://reijq.espaceweb.usherbrooke.ca>
- Lemay, L., Jasmin, E. et N. Ricard (2014, amendé en 2020). Protocole de recherche action, version abrégée: Analyse et promotion des pratiques de médiation partenariale novatrices dans le champ de l'action intersectorielle auprès des jeunes en besoins multiples et vivant des situations complexes.
- Lemay, L. (2013). « Le processus d'action en partenariat à l'ÉIJ : L'Étape de la référence à l'ÉIJ ». Faits saillants de la recherche provinciale « Analyse des pratiques de partenariat et de médiation intersectorielle dans le contexte des équipes d'intervention jeunesse au Québec (2008-2012) ». Feuille No.8c, 1ère édition, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 2015, 15 pages ;
- Lemay, L. (2012 a). « Que nous disent les parents de leur expérience de partenariat vécue au sein de l'équipe ÉIJ? ». Rencontre provinciale annuelle du regroupement des coordonnatrices et coordonnateurs ÉIJ du Québec, Québec (QC) : Agence de la santé et de services sociaux de Québec, 24 octobre 2012.
- Lemay, L. (2012b). Children and youth with multiple problems and needs, complexity and innovative intersectorial partnerships: under what conditions? XIXth ISPCAN International Congress on Child Abuse and Neglect. Istanbul (Turkey), 11 septembre 2012. Résumé : Scientific program, Abstract 456. En ligne : <http://www.ispcan2012.org/program.asp>
- Lemay, L. (2012c) Jeunes en difficultés multiples et partenariats innovants : à quelles conditions? L'expérience des équipes d'intervention jeunesse au Québec. Congrès de l'Association des centres jeunesse du Québec 2012 (ACJQ) : S'investir dans le développement : un parcours gagnant, Centre des congrès de Québec, Québec, 29 octobre 2012. Résumé (Programme, p. 14). En ligne: <http://www.acjq.qc.ca/public/a14178bc-45b5-4a12-b27e38017be2da39/prendstaplace/promo.pdf>
- Lemay, L., Giguère, R. et A. Marchand (2008). La médiation partenariale en contexte intersectoriel : intervention sociale en émergence, codéveloppement professionnel et recherche. Sociétés et jeunes en difficulté, 6. En ligne : <http://sejed.revues.org/document4002.html>
- Marion, É. (2018). *Construire la collaboration intersectorielle pour favoriser la réussite scolaire des jeunes en situation de placement : naviguer entre problématiques et controverses.* (Ph.D.). (Thèse de doctorat, École nationale d'administration publique, Montréal). <http://espace.enap.ca/174/>
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd.). Paris: De Boeck Université.

Les cadres d'analyse et Instruments de collecte de données

- Lemay, Louise (2019a). L'interprofessionnalité : Comment se vit-elle et s'enseigne-telle? Présentation powerpoint réalisée dans le cadre de la 1e rencontre internationale du groupe de recherche ÉRASMUS +: INTERPRO. Bruxelles (Belgique) : HE2B-Cérisès, Haute École de Bruxelles-Brabant (HE2B)-Centre d'études et de recherches sur les interventions socio-éducatives (CÉRISÈS), 12 novembre 2019.
- Lemay, Louise (2019b). Grille d'observation commune : L'interprofessionnalité : comment se vit-elle ? Proposition dans le cadre du Projet ÉRASMUS + : INTERPRO, Bruxelles (Belgique) : : HE2B-Cérisès, Haute École de Bruxelles-Brabant (HE2B)- Centre d'études et de recherches sur les interventions socio-éducatives (CÉRISÈS), 12 nov. 2019.
- Lemay, Louise (2019c). L'INTERPRO tel qu'enseigné : quelques repères. Dans Lemay (2019), L'interprofessionnalité : Comment se vit-elle et s'enseigne-telle? Vers le développement d'une grille

- d'observation commune. Présentation powerpoint réalisée dans le cadre de la 1^e rencontre internationale du groupe de recherche ÉRASMUS +: INTERPRO. Bruxelles (Belgique) : HE2B-Cérisès, Haute École de Bruxelles-Brabant (HE2B)- Centre d'études et de recherches sur les interventions socio-éducatives (CÉRISÈS), 12 novembre 2019.
- Lemay, L., Jasmin, E., Livernoche, F., Tougas, A.-M., Lambert, D. et J. Fleurant (2020). Questionnaire en ligne : Comment se vit l'interprofessionnalité sur le terrain ? Sherbrooke (Québec, Canada) : Université de Sherbrooke.
- Lemay, L., Beaudoin, A.-J., Jasmin, E., Laventure, M et D. Lambert (2019a). Questionnaire d'autoévaluation des compétences interprofessionnelles (CIP) PRÉ-expérimentation interfacultaire à l'intention des étudiants participant au cours TRS 707, ERG 765 et PSE 825. Questionnaire en ligne sur Lime Survey. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, mars 2019.
- Lemay, L., Beaudoin, A.-J., Jasmin, E., Laventure, M et D. Lambert (2019b). Questionnaire d'autoévaluation des compétences interprofessionnelles (CIP) POST expérimentation interfacultaire à l'intention des étudiants participant au cours TRS 707, ERG 765 et PSE 825. Questionnaire en ligne sur Lime Survey. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, mars 2019.
- Lemay, L., Beaudoin, A.-J., Jasmin, E., Laventure, M et D. Lambert (2019c). Questionnaire d'évaluation–Bilan de l'expérimentation interfacultaire à l'intention des étudiants participant au cours TRS 707, ERG 765 et PSE 825. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, mars 2019.
- Lemay, L., Beaudoin, A.-J., Jasmin, E., Laventure, M et D. Lambert (2019d). *Questionnaire d'évaluation comédienne-parent–Bilan de l'expérimentation interfacultaire*. Questionnaire en ligne sur Lime Survey. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, mars 2019.

6 Annexes

6.1 Annexes : L'interprofessionnalité sur le terrain



Projet de recherche-action 2015-2019 ¹⁶

« Analyse et promotion des pratiques de médiation partenariale novatrices dans le champ de l'action intersectorielle auprès des jeunes en besoins multiples : évolution et transformation des pratiques des ÉIJ au Québec ».

Louise Lemay, Ph.D., chercheuse principale¹⁷,
Emmanuelle Jasmin, Ph.D., cochercheuse¹⁸,
Normand Ricard, M. Ps., Collaborateur principal¹⁹,

Contexte de l'étude

Ce projet a pour contexte la problématique des jeunes dont les besoins multiples et la réalité complexe mettent au défi les réseaux de services et obligent à revisiter les pratiques partenariales courantes. La réalité de ces jeunes et le développement d'actions concertées rejoignent les préoccupations des acteurs à tous les niveaux (politique, régional et local), à l'échelle québécoise, canadienne et internationale.

Le projet de recherche porte sur l'analyse des pratiques de médiation partenariale intersectorielle déployées dans le cadre du dispositif québécois « Équipe d'intervention jeunesse (ÉIJ) » (MSSS, 2007; MSSS, 2017). Il constitue la phase II d'une étude précédente également financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) (Lemay, 2008-2011), qui visait à documenter le modèle d'action en partenariat expérimenté dans ces ÉIJ, et qui a permis:

- 1) de définir une pratique sociale en émergence, la « *médiation partenariale* »;
- 2) de rendre compte de l'expérience partenariale vécue par les parents au sein de l'ÉIJ;
- 3) de cerner les compétences et conditions requises pour l'exercice du rôle de coordonnateur-médiateur et des autres acteurs clés impliqués dans la démarche d'action en partenariat;
- 4) d'identifier les principales conditions qui contribuent à faire de ces partenariats des innovations sociales.

But et Objectifs

Le projet actuel (2015-2019) vise à consolider et promouvoir, dans les réseaux d'aide à la jeunesse, l'intégration des pratiques partenariales de pointe efficaces pour répondre aux besoins de ces jeunes. Il poursuit quatre objectifs :

¹⁵ Pour citer ce document : Lemay, L. (2020). Résumé de la recherche-action Lemay, Jasmin et Ricard (2015-2019) : « Analyse et promotion des pratiques de médiation partenariale novatrices dans le champ de l'action intersectorielle auprès des jeunes en besoins multiples : évolution et transformation des pratiques des ÉIJ au Québec ». Sherbrooke (Québec) : Université de Sherbrooke, 7e version, 4 mars 2020, 4 pages.

¹⁶ Projet subventionné par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) (2015-2019, prolongé jusqu'en 2022)

¹⁷ Professeure titulaire, École de travail social, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke

¹⁸ Professeure agrégée, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

¹⁹ Collaborateur principal, Coordonnateur régional jeunesse 0-17 ans - CISSS de la Montérégie-Ouest

5 Professeur adjointe, École de travail social, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke



La recherche-action, phase II : 4 objectifs généraux :

- 1) Documenter et soutenir la transformation des pratiques des coordinateurs-médiateurs des ÉIJ en vue d'ajuster leur rôle à l'évolution des besoins et du contexte sociopolitique actuel (soutien et promotion d'une culture et de pratiques partenariales intersectorielles efficaces).
- 2) Documenter et soutenir les pratiques de pointe entourant la démarche d'action en partenariat privilégiée dans le contexte des ÉIJ (ex. pratique collective d'analyse globale ou écosystémique des besoins des jeunes; pratique collective de planification dans une perspective d'intégration des services et des pratiques (individuelles, de groupe et collectives))
- 3) Documenter et analyser les pratiques interréseaux (MSSS-MEES) dans les situations de jeunes qui présentent des problèmes multiples et complexes (incluant les élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA)) (ex. enjeux respectifs des 2 réseaux, convergences et divergences des pratiques, conditions favorables et obstacles au partenariat, etc.)
- 4) Soutenir, à travers la conception de supports techniques ou professionnels divers, le développement et le rayonnement de la communauté de pratique professionnelle et la diffusion des connaissances et pratiques de pointe développées, par exemple : un Site web avec accès réservé aux ÉIJ et accès public pour la documentation issue des travaux de recherche; Monographie sur la compétence des coordonnateurs-médiateurs (Lemay, Dallaire et Ricard, 2015), un Guide d'implantation/consolidation des mécanismes intersectoriels EIJ (Lemay et al., 2017), etc.
- 5) Volet international (Québec, France, Belgique, Bulgarie, Portugal) intégré en novembre 2019: Projet de recherche INTERPRO (2019-2022) ayant pour finalité de co-construire un module de formation (module INTERPRO) destiné à former étudiants ou des intervenants de disciplines et de secteurs différents (santé, social, éducation, etc.) à travailler en interprofessionnalité dans le champ de l'intervention auprès des jeunes en difficulté et de leur famille, dans des situations où ces jeunes sont reconnus en besoin de protection ou à risque de l'être.

V.1 : Documenter les premiers impacts perçus de la mise en œuvre de la Loi 10 sur les organisations, le partenariat, l'ÉIJ et les jeunes et familles en besoins multiples et complexes : le point de vue des coordonnatrices et coordonnateurs ÉIJ à l'automne 2015.

V1 : Documenter la nature des activités professionnelles réalisées dans le cadre de la fonction de coordination ÉIJ exercée par les coordonnatrices et coordonnateurs ÉIJ dans les nouveaux centres intégrés (CISSS/CIUSSS) (2017-2018)

V1 : Établir un portrait provincial des différents mécanismes formels de coordination/concertation de concertation implantées pour résoudre les situations de jeunes présentant des besoins multiples et complexes, que ce soit au sein même des CISSS / CIUSSS (mécanismes intra établissement) ou avec les partenaires externes (mécanismes intersectoriels) (2017)

V2 : Collecte de données documentaires sur les outils d'évaluation du mécanisme ÉIJ et de ses pratiques PSI-ÉIJ (2018); Co-construction d'outils (2019-2020)

V3 : Étude provinciale (2016, 2017, 2018) et dans 2 régions ciblées (2017)

V4 : Refonte et mise à jour du site web (2018)

(V2 et V4) Promouvoir, par la réalisation d'un **Guide d'implantation/consolidation**, les connaissances entourant les conditions et pratiques novatrices de médiation partenariale entourant les mécanismes intersectoriels de coordination pour assurer la réponse aux besoins des jeunes présentant des problèmes multiples et complexes (2016-2017)

V5 : 3 collectes de données (2020) : Comment se vit l'interprofessionnalité sur le terrain ? Comment s'enseigne-t-elle dans le contexte de la formation initiale (étudiants universitaires)? et de la formation continue (professionnels)?

Méthodologie

La stratégie qualitative est de type recherche-action. Les ÉIJ du Québec, principalement, servent de terrain pour l'étude puisqu'elles offrent des espaces privilégiés pour l'expérimentation et la promotion de la pratique de médiation partenariale intersectorielle.

Ce projet multicentrique documente les pratiques du point de vue de huit catégories d'acteurs, participants à l'un ou l'autre des cinq volets de la recherche-action.

- 1) **(V 1 et 3) des coordonnateurs ÉIJ**, rattachés aux CISSS/CIUSSS (η =environ 41)²⁰;
- 2) **(V 1 et 3) des gestionnaires responsables d'ÉIJ** (η =10) rattachés aux CISSS/CIUSSS ou gestionnaires responsables dans leur RLS (η =5)²¹;
- 3) **(V 3) des agents de liaison, membres de deux ÉIJ ciblées** et issus de divers réseaux (santé et services sociaux, éducation, communautaire, CPE, association de parents, etc.) (participation limitée au volet 3 seulement) : ÉIJ de Chicoutimi (Saguenay-Lac-Saint-Jean) (η =4) et ÉIJ La Pommeraie et ÉIJ de la Haute-Yamaska (Estrie) (η =6) et les coordonnateurs de ces ÉIJ (η =3) ;
- 4) **(V3) du personnel de deux commissions scolaires (CS)** (ex. direction d'école, professionnels, conseiller pédagogique, direction adjointe des services pédagogiques (adaptation scolaire), etc.) associées aux deux ÉIJ ciblées (participation limitée au volet 3 seulement) : CS du Val-des-Cerfs (η =7) et CS des Rives-du-Saguenay (η =8);
- 5) **(V1) des gestionnaires de centres intégrés (CISSS/CIUSS) ne disposant pas du mécanisme intersectoriel ÉIJ** (direction du programme jeunesse ou leur délégué) (η =10) (participation limitée au volet 1 seulement/ à l'étude provinciale portant sur le portrait des mécanismes de coordination)
- 6) **(V 5) Étudiants** ayant participé à l'hiver 2019 à l'expérimentation d'un séminaire interdisciplinaire à l'Université de Sherbrooke portant sur la démarche de plans de services individualisé (PSI) (η =30)
- 7) **(V 5) Professionnels** de disciplines et secteurs différents œuvrant sur le territoire de Sherbrooke (η =30) ayant participé à une collecte de données portant sur la manière dont se vit l'interprofessionnalité sur le terrain, notamment dans le cadre des démarches de PSI
- 8) **(V8) Personnel enseignant** de 4 unités de formation de l'UdeS (travail social, psychoéducation, ergothérapie, pédiatrie sociale) ayant participé à une collecte portant sur la manière dont s'enseigne l'interprofessionnalité en contexte de formation initiale (universitaire)

Les méthodes de collecte de données varient en fonction des objectifs de recherche et des acteurs impliqués:

- **Observation participante et entretiens de groupe** lors des journées provinciales annuelles du Regroupement des Équipes d'intervention jeunesse du Québec (RÉIJQ) et de la recherche-action (coordonnateurs et responsables ÉIJ participants),
- **Grille d'auto collecte** de données (coordonnateurs ÉIJ),

²⁰ Initialement, lors du dépôt du recherche-action 2015-2019 (octobre 2014), soit, avant la mise en œuvre de la loi 10, le projet prévoyait la participation de 41 coordonnatrices et coordonnateurs ÉIJ issus des 41 CSSS participants. Depuis le début du projet, au total, 37 coordonnateurs et coordonnatrices ÉIJ ont participé à l'une ou l'autre des collectes de données. Le contexte de restructuration et la mouvance du personnel dans les centres intégrés a modifié ce portrait. En date du 29 mai 2018, 16 coordonnatrices et coordonnateurs ÉIJ ayant déjà participé à la recherche, sont encore actifs. Par ailleurs, la liste des membres du RÉIJQ, compte actuellement 20 coordonnatrices et coordonnateurs, incluant 4 nouvelles personnes n'ayant pas encore participé à la recherche-action.

²¹ Ces gestionnaires participants ont participé à l'une ou l'autre des deux collectes de données suivantes : entretiens de groupe et activités de la recherche-action dans le cadre des journées provinciales annuelles du RÉIJQ, ou questionnaire en lien avec le portrait provincial des mécanismes intersectoriels de coordination.

- **Trois questionnaires en ligne** : un sur les pratiques interréseaux MSSS-MEES (membres des 2 ÉIJ et personnel des 2 CS ciblées) et deux sur les mécanismes de coordination (intersectoriels et intraétablissement) (Coordonnateurs et responsables ÉIJ et gestionnaires des centres intégrés sans ÉIJ).
- **Questionnaire en ligne** sur les pratiques entourant la démarche de PSI à Sherbrooke
- **Analyse documentaire et Sondage sur les enseignements** en matière de collaboration interprofessionnelle (CIP) en milieu universitaire

Enfin, la démarche analytique est inductive et favorise la rétroaction continue des résultats auprès des participants.

Retombées

Ce projet s'inscrit dans le sens des orientations ministérielles actuelles (MSSS, 2017-2022). Pour réussir l'intervention, un consensus existe sur la nécessité d'une démarche coordonnée, mise en réseau, instrumentée et ancrée sur des données probantes. Or, très peu d'études documentent de telles pratiques sociales. Celle de Lemay (2008-2011) a permis des avancées sur ce plan. Malgré le développement de telles connaissances, certaines problématiques complexes confrontent les acteurs des différents réseaux à l'impuissance d'agir, individuellement et collectivement. Par exemple, pour certains jeunes, l'enjeu de la scolarisation se pose avec acuité. Les retombées de cette recherche-action 2015-2019 (phase II) profiteront aux jeunes (réponse aux besoins de développement, scolarisation et inclusion sociale, réussite scolaire et renforcement de l'identité, etc.), aux parents (collaboration accrue avec l'équipe partenariale) ainsi qu'aux différentes organisations des réseaux de services à la jeunesse (responsabilité collective, offre de services novatrice, concertée et complémentaire). Enfin, les connaissances produites, exportables au Canada comme ailleurs, enrichiront d'autres champs d'action où s'exercent des pratiques traditionnelles de gestion de cas ou de médiation, situées au cœur de réseaux de services complexes.

6.1.3 Annexe 3 : Questionnaire en ligne : Comment se vit l'interprofessionnalité sur le terrain ?

INFORMATION ET DÉCLARATION DE CONSENTEMENT VIRTUEL

Titre du projet de recherche-action²² :

Analyse et promotion des pratiques de médiation partenariale novatrices dans le champ de l'action intersectorielle auprès des jeunes en besoins multiples : évolution et transformation des pratiques des Équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ) au Québec.

Volet spécifique :

« Les enjeux formatifs de l'interprofessionnalité dans l'intervention sociale ».

Chercheuse principale :

Louise Lemay, Ph.D., Professeure titulaire

École de travail social, Faculté des Lettres et sciences humaines

Université de Sherbrooke (UdeS)

Tél.: 819-821-8000 ext. : 61099

Adresse courriel : louise.lemay@usherbrooke.ca

Autres membres de l'équipe associée à ce volet spécifique de la recherche-action

- **Emmanuelle Jasmin**, erg., Ph.D., professeure agrégée, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS), UdeS
- **Francis Livernoche**, MD, FRCPC, Pédiatre général | CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Professeur adjoint de pédiatrie, FMSS, UdeS.
- **Anne-Marie Tougas**, Ph.D., professeure agrégée, Département de psychoéducation, Faculté d'éducation, UdeS.
- **Claire-Marie Legendre**, Agente de recherche, Coordonnatrice de l'axe de recherche : Développement de l'enfant dans sa famille et sa communauté (DEFC), Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPSSS), CIUSSS de l'Estrie – CHUS
- **Danaël Lambert**, auxiliaire de recherche, candidat au doctorat en Administration, UdeS.
- **Johanne Fleurant**, t.s., Directrice de la protection de la jeunesse, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie -Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, collaboratrice principale à la recherche.

Contexte de la recherche et du volet spécifique sur l'interprofessionnalité

Les travaux menés par Louise Lemay et ses collaborateurs sur les pratiques de partenariat intersectoriel dans le champ de l'intervention auprès des jeunes aux besoins multiples et complexes ont mené à une collaboration internationale avec quatre pays de l'Union européenne (France, Belgique, Bulgarie et Portugal) désireux de prendre appui sur l'expertise québécoise développée dans ce domaine.

Une nouvelle subvention de recherche, obtenue à l'automne 2019 dans le cadre du programme européen ERASMUS +, a permis l'ajout, au projet de recherche-action, d'un nouveau volet portant sur les enjeux formatifs de l'interprofessionnalité dans l'intervention sociale. Ce volet d'envergure internationale vise à créer un module de formation interdisciplinaire destiné aux étudiants en milieu universitaire ainsi qu'aux intervenants dans le cadre d'activités de formation continue. La formation a pour but de développer ou de renforcer leurs

²² Projet de recherche provincial, subventionné par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et ERASMUS+, programme de subvention européen.

compétences à travailler efficacement et humainement dans l'interprofessionnalité. La réalisation de ce volet contribue aux efforts déployés pour assurer le transfert des connaissances issues de la recherche-action, portant sur les pratiques de partenariat intersectoriel entourant les services aux jeunes en difficulté et leur famille.

CONSENTEMENT

Vous êtes sollicité(e) à participer à ce projet de recherche puisque dans le cadre de votre travail vous mettez en action le concept d'interprofessionnalité en collaborant avec des professionnels de différents secteurs dans le but d'accompagner les jeunes en difficulté et leurs familles. Vous possédez donc une expérience de collaboration intersectorielle ou de démarches de plans de services individualisés en vue de répondre aux besoins de jeunes reconnus en besoin de protection ou en situation de vulnérabilité et à risque de l'être.

Votre participation consiste à compléter un questionnaire en ligne qui s'intéresse à vos expériences vécues sur le terrain, plus spécifiquement dans des contextes de collaboration interprofessionnelle et intersectorielle entourant les services rendus aux jeunes en difficulté (reconnus en besoin de protection ou à risque de l'être) et à leur famille. Cette collaboration inclut donc le jeune, ses parents et leurs proches ainsi que des professionnels œuvrant auprès d'eux et issus de différentes professions et secteurs d'activités (social, santé, éducation, communautaire, etc.).

Le questionnaire est structuré en 5 sections. La complétion en ligne exigera environ 1h30 à 2 heures de votre temps. Il est possible de le compléter en plusieurs temps, de faire des allers et retours et d'enregistrer à tout moment.

Nous vous prions, SVP, de compléter ce questionnaire avant le (date à préciser) 2020.

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer.

Votre contribution permettra d'améliorer nos connaissances sur la manière dont se vit l'interprofessionnalité dans les milieux de pratique professionnelle et d'outiller tant les étudiants que les intervenants œuvrant sur le terrain, par le biais d'une formation axée sur le développement ou le rehaussement de leurs compétences interprofessionnelles. Pour vous, la complétion du questionnaire constitue une opportunité de prendre du recul et de faire le point sur différents enjeux entourant votre pratique de collaboration interprofessionnelle et intersectorielle. De plus, le temps consacré à participer à une recherche est généralement reconnu par les Ordres professionnels en tant qu'activité de formation continue. Nous vous recommandons de vous informer en ce sens. Si vous avez besoin d'une attestation de participation, n'hésitez pas à communiquer avec la responsable de la recherche

Les données recueillies demeureront strictement confidentielles dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements recueillis, vous serez identifié par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée exclusivement par le chercheur responsable, en sécurité, dans son bureau à l'Université de Sherbrooke. Quant à vos renseignements personnels (votre nom et / ou vos coordonnées), ils seront conservés, dans un dossier séparé, pendant 5 ans après la fin du projet par le chercheur responsable et seront détruits selon les normes en vigueur au CIUSSS de l'Estrie - CHUS par la suite.

Si vous avez des questions concernant votre participation au projet de recherche SVP, veuillez contacter **Louise Lemay**, chercheuse principale, Ph.D., École de travail social, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke : louise.lemay@USherbrooke.ca

Si vous avez des questions plus spécifiquement liées à la passation de ce questionnaire, SVP, veuillez contacter M. Danaël Lambert, auxiliaire de recherche assigné au projet, à l'adresse suivante :

Danael.Lambert@usherbrooke.ca.

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre pour approbation toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire d'information et de consentement.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres du comité d'éthique, vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie - CHUS au numéro 819-346-1110, poste 12856.

Je consens librement et volontairement à remplir ce questionnaire :

Oui ☐

Non ☐

Comment se vit l'interprofessionnalité sur le terrain? Questionnaire en ligne

Lemay, Jasmin, Livernoche, Tougas, Lambert, Fleurant (2020)

SECTION 1 : IDENTIFICATION

1. Quel est votre genre?

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin
- ☐ Autre

2. Dans quel milieu travaillez-vous auprès des jeunes et des familles ? (Menu déroulant)

- ☐ Écoles - Niveau préscolaire
- ☐ Écoles – Niveau primaire
- ☐ Écoles – Niveau secondaire
- ☐ Commission scolaire
- ☐ Organisme communautaire
- ☐ Centre de la petite enfance (CPE)
- ☐ CIUSSS de l'Estrie-CHUS
 - Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) - Évaluation)
 - Direction du programme jeunesse (DPJe);
 - DPJe, Mission CPEJ (Application des mesures)
 - DPJe, mission CLSC
 - DPJe, autre
 - Direction de la santé publique (DSPu);
 - Direction des programmes déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP)
 - Direction des services multidisciplinaires – Qualité et évolution de la pratique (DSM-QÉP).
 - Direction des services généraux (DSG)
 - Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS)
- ☐ Cliniques médicales (ex. GMF)
- ☐ Clinique privée

- ☐ Autres (précisez) :
3. Quel est votre (vos) titre(s) d'emploi en lien avec votre travail auprès des jeunes? (Espace pour un ou plusieurs)
4. Exercez-vous un rôle ou une fonction de soutien-conseil auprès de collègues ou professionnels (ex. supervision, mentorat, spécialiste en activités cliniques)? (Oui/Non)
- 4.1 Veuillez sélectionner l'option ou les options qui correspondent à votre ou vos fonctions de soutien-conseil auprès de professionnels. (Cases à cocher)
- ☐ Spécialiste en activités cliniques (SAC)
 - ☐ Agent de planification, de programmation et de recherche (APPR)
 - ☐ Chef de service
 - ☐ Coordonnateur
 - ☐ Mentor
 - ☐ Superviseur
 - ☐ Autre (Espace pour décrire)
5. Exercez-vous une fonction en milieu universitaire? (Oui/Non)
- 5.1 Veuillez sélectionner l'option ou les options qui correspondent à votre ou vos fonctions en milieu universitaire. (Cases à cocher)
- ☐ Superviseur de stage
 - ☐ Entraîneur, moniteur ou accompagnateur dans le cadre de laboratoires de formation pratique
 - ☐ Personne-ressource invitée (témoignage, conférence, ateliers en classe)
 - ☐ Chargé de cours
 - ☐ Professeur régulier
 - ☐ Autre (Espace pour décrire)
6. Quel est le plus haut niveau de diplôme que vous avez obtenu? (Menu déroulant)
- ☐ Formation collégiale technique
 - ☐ Premier cycle universitaire (Certificat)
 - ☐ Premier cycle universitaire (Baccalauréat)
 - ☐ Deuxième cycle universitaire (D.E.S.S. : Diplôme d'Études Supérieures Spécialisées)
 - ☐ Deuxième cycle universitaire (Maîtrise)
 - ☐ Troisième cycle universitaire (Doctorat / Ph.D.)
 - ☐ Autre (Espace pour décrire)
7. Selon vous, sélectionnez l'option qui caractérise le mieux votre formation académique. (Menu déroulant)
- ☐ Éducation spécialisée
 - ☐ Psychoéducation
 - ☐ Technique en travail social
 - ☐ Travail social
 - ☐ Psychologie

- ☐ Enseignement au préscolaire et au primaire
 - ☐ Enseignement au secondaire
 - ☐ Adaptation scolaire et sociale
 - ☐ Ergothérapie
 - ☐ Orthophonie
 - ☐ Sciences infirmières
 - ☐ Médecine familiale
 - ☐ Pédiatrie
 - ☐ Pédopsychiatrie
 - ☐ Autre (Espace pour décrire)
8. Combien d'années d'expérience de travail auprès des jeunes et des familles possédez-vous, peu importe le milieu d'intervention? (Case à remplir, chiffres seulement)
9. Dans le cadre de votre travail, avez-vous déjà collaboré avec les services de la protection de la jeunesse (Oui/Non/ Ne s'applique pas: Occupe un poste en protection de la jeunesse)
10. Possédez-vous une expérience plus spécifique d'intervention auprès de jeunes recevant des services dans le cadre de la loi sur la protection de la jeunesse? (Oui/Non)
- 10.1 Combien d'années d'expérience possédez-vous en intervention auprès de jeunes recevant des services dans le cadre de la loi de la protection de la jeunesse? (Case à remplir, chiffres seulement)

SECTION 2. EXPÉRIENCES DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE (sectorielle ou intersectorielle)

11. Référez-vous à votre travail actuel. Veuillez estimer le nombre de fois, **au cours de la dernière année**, où vous avez participé à l'une ou l'autre de ces **rencontres formelles de collaboration** avec d'autres professionnels pour répondre aux besoins des jeunes en difficulté (Multiples cases texte, chiffres seulement)
- ☐ Démarches de plans de services individualisés (PSI) (intersectoriel)
 - ☐ Démarches de plan d'intervention scolaire (interdisciplinaire)
 - ☐ Démarches de plans d'intervention scolaire (intersectoriel)
 - ☐ Rencontres interdisciplinaires ou multidisciplinaires à l'intérieur de votre secteur ou service
 - ☐ Autres (Spécifiez à la question suivante)
12. Référez-vous (en pensée) à une rencontre formelle très précise de collaboration en contexte interprofessionnel, qui, selon vous, s'est avérée plutôt positive ou efficace à répondre de façon optimale aux besoins d'un jeune en difficulté. La situation choisie pourrait ne pas avoir toujours été positive et efficace dans le passé. Sans la raconter, énumérez le plus précisément possible les principaux éléments (conditions favorables) qui ont fait une différence positive dans cette situation précise. (Multiples zones de texte)
13. Référez-vous (en pensée) à une rencontre formelle très précise de collaboration en contexte interprofessionnel, qui, selon vous, s'est avérée plutôt « négative » ou inefficace à répondre de façon optimale aux besoins d'un jeune en difficulté. La situation choisie pourrait ne pas avoir toujours été négative ou inefficace dans le passé. Sans la raconter, énumérez le plus précisément possible les principaux éléments (conditions défavorables ou obstacles) qui ont fait une différence dans cette situation précise. (Multiples zones de texte)

14. Les compétences interprofessionnelles

Pour les questions suivantes, prenez appui sur vos expériences de collaboration interprofessionnelle. Il s'agit d'identifier dans quelle mesure les pratiques concrètes suivantes (en lien avec les compétences interprofessionnelles reconnues, FMSS, 2017²³) sont plus ou moins acquises chez les professionnels rencontrés. (Échelle de 4 valeurs : Tout à fait acquis, plutôt acquis, peu acquis, pas du tout acquis)

Précisez, pour cette compétence interprofessionnelle (CIP) spécifique présentée, dans quelle mesure chacune des deux pratiques suivantes sont plus ou moins acquises chez les professionnels rencontrés : **Exercer une pratique centrée sur la personne et ses proches.**

- Identifier des moments où la contribution de la personne ou de ses proches est importante
- Valoriser la contribution de la personne ou de ses proches en les considérant comme les experts de leurs propres expériences de vie responsables de la prise de décision

Précisez, pour cette CIP spécifique présentée, dans quelle mesure chacune des deux pratiques suivantes sont plus ou moins acquises chez les professionnels rencontrés : **Travailler en collaboration.**

- Contribuer au travail collaboratif en s'acquittant efficacement de ses tâches
- Contribuer à l'efficacité du travail collaboratif en impliquant les différents acteurs-clés et en suscitant leur contribution soutenue

Précisez, pour cette CIP spécifique présentée, dans quelle mesure chacune des deux pratiques suivantes sont plus ou moins acquises chez les professionnels rencontrés : **Clarifier les rôles.**

- Décrire son rôle et celui des autres
- Adapter son rôle en fonction de tous les acteurs impliqués et des divers modèles de prestations de soins et services

Précisez, pour cette CIP spécifique présentée, dans quelle mesure chacune des deux pratiques suivantes sont plus ou moins acquises chez les professionnels rencontrés : **Communiquer avec d'autres.**

- Appliquer les principes de communication auprès d'interlocuteurs qui partagent des schèmes de références similaires
- Susciter la réflexion sur le processus de communication avec divers acteurs-clés en vue de l'optimiser

Précisez, pour cette CIP spécifique présentée, dans quelle mesure chacune des deux pratiques suivantes sont plus ou moins acquises chez les professionnels rencontrés : **Participer à la résolution de conflit.**

- Reconnaître les conflits et apprécier leur nature potentiellement positive
- Intervenir de façon proactive en vue de la résolution de conflits

Précisez, pour cette CIP spécifique présentée, dans quelle mesure chacune des deux pratiques suivantes sont plus ou moins acquises chez les professionnels rencontrés : **Exercer un leadership**

²³ Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke (2017). Cadre d'apprentissage. Collaboration interprofessionnelle, Université de Sherbrooke, 5 pages. Cet outil a été « adapté du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010) ».

collaboratif

- Identifier des mesures qui favorisent la contribution distinctive de chacun
- S'engager dans une démarche collective afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacé des pratiques de soins et services en collaboration

Section 3. Rencontres formelles de concertation intersectorielle ou de démarches de plans de services

Pour les questions suivantes, référez-vous plus spécifiquement à votre expérience dans le cadre de **rencontres formelles de concertation intersectorielle ou de démarches de plans de services individualisées** impliquant la participation du jeune, des parents et des professionnels de différents secteurs d'activités (social, médical, scolaire, etc.).

15. Dans un partenariat optimal, les **acteurs concernés par le problème et les solutions sont mobilisés** (Bilodeau et al., 2011)²⁴. Choisissez la situation qui correspond le mieux à la majorité de vos expériences de rencontres formelles de collaboration intersectorielle ou de démarches de plan de services individualisées. (Case à cocher)
- ☐ Situation 1. Il manque des partenaires essentiels (secteurs ou réseaux concernés) pour bien comprendre le problème et pour concevoir des solutions adéquates.
 - ☐ Situation 2. Les partenaires essentiels (secteurs ou réseaux concernés) sont mobilisés mais la participation d'autres partenaires nous permettrait de comprendre plus finement le problème et de concevoir des solutions plus adéquates.
 - ☐ Situation 3. Tous les partenaires essentiels (secteurs ou réseaux concernés) pour bien comprendre le problème et concevoir des solutions dans la situation du jeune sont mobilisés.
- 15.1 (Si situation 1 ou situation 2) Veuillez justifier votre réponse précédente en précisant les partenaires absents et les raisons de leur absence. (Espace texte)
- 15.2 (Si situation 3) Veuillez justifier votre réponse précédente en précisant les partenaires présents jugés essentiels et les conditions favorisant leur présence. (Espace texte)
16. Dans un partenariat optimal, les **partenaires sont activement impliqués dans l'analyse des problèmes et l'élaboration des solutions et non seulement dans l'exécution** (Bilodeau et al., 2011). Choisissez la situation qui correspond le mieux à la majorité de vos expériences de rencontres formelles de collaboration intersectorielle ou de démarches de plan de services.
- ☐ Situation 1 Les partenaires sont activement impliqués dans la définition des problèmes et des solutions.
 - ☐ Situation 2 Les partenaires sont impliqués dans les décisions sur les solutions à des problèmes qui sont définis par d'autres partenaires ou instances telles que les institutions publiques.
 - ☐ Situation 3 Les partenaires sont impliqués uniquement dans la mise en œuvre de solutions décidées par d'autres partenaires ou instances telles que les institutions publiques.
- 16.1 Veuillez justifier votre réponse précédente (Espace texte)
17. Dans un partenariat optimal, **tous les points de vue sont traités de façon équivalente dans la discussion et la décision** (Bilodeau et al., 2011). Choisissez la situation qui correspond le mieux à la majorité de vos expériences de rencontres formelles de collaboration intersectorielle ou de démarches de plan de services.

²⁴ Bilodeau A., Galarneau, M., Fournier, M. et L. Potvin (2011). « L'Outil diagnostique de l'action en partenariat : fondements, élaboration et validation », Revue Canadienne de santé publique 102 (4): 298-302.

- ☐ Situation 1 Dans les discussions et les décisions, tous les points de vue sont considérés selon leur valeur sans égard à la position sociale des partenaires.
- ☐ Situation 2 Tous les partenaires expriment leur point de vue dans les discussions, mais les points de vue de ceux ayant davantage de pouvoir sont davantage pris en compte dans les décisions.
- ☐ Situation 3 Seuls les points de vue des partenaires ayant davantage de pouvoir sont pris en compte dans les discussions et les décisions.

17.1 Veuillez justifier votre réponse précédente (Espace texte)

18. Dans un partenariat optimal, **les partenaires communautaires ont une réelle influence sur les décisions** (Bilodeau et al., 2011). Choisissez la situation qui correspond le mieux à la majorité de vos expériences de rencontres formelles de collaboration intersectorielle ou de démarches de plan de services.

- ☐ Situation 1 Les partenaires communautaires ont autant ou davantage d'influence sur les décisions que les membres institutionnels ou les bailleurs de fonds.
- ☐ Situation 2 Les partenaires communautaires sont entendus, mais leurs points de vue sont moins pris en compte que ceux des membres institutionnels ou des bailleurs de fonds.
- ☐ Situation 3 Les partenaires communautaires n'influencent pas les décisions.

18.1 Veuillez justifier votre réponse précédente (Espace texte)

19. Dans un partenariat optimal, **les partenaires sont capables d'identifier leurs divergences et d'en discuter** (Bilodeau et al., 2011). Choisissez la situation qui correspond le mieux à la majorité de vos expériences de rencontres formelles de collaboration intersectorielle ou de démarches de plan de services.

- ☐ Situation 1 Les partenaires expriment des points de vue qui peuvent être divergents et sont capables d'en discuter ouvertement.
- ☐ Situation 2 Les partenaires expriment des points de vue qui peuvent être divergents, mais ils ne discutent que de leurs points de convergence.
- ☐ Situation 3 Seuls les points de vue pouvant faire consensus sont exprimés et discutés.

19.1 Veuillez justifier votre réponse précédente (Espace texte)

20. Selon vous, quelles sont les principales divergences entre les partenaires impliqués dans des rencontres formelles de concertation intersectorielle ou de démarches de PSI (parents, scolaire, santé, social, communautaire, etc.) ? Identifiez : a) l'objet sur lequel porte la divergence (ex. communication, pratique d'un partenaire, participation des jeunes), b) la nature des différents positionnements sur cette question ainsi que c) les partenaires(secteurs) qui portent ce point de vue (ex. milieu scolaire, pédopsychiatrie, services sociaux).

Objet de la divergence

Point de vue 1

Partenaire

Point de vue 2

Partenaire

21. Selon vous, quels sont les aspects qui ne sont généralement pas objets de controverse entre les partenaires ou ce sur quoi ils s'entendent généralement bien (ex. valeurs, principes, approches, pratiques). Énumérez ces principaux points de convergences (Multiples cases texte)

22. Dans un partenariat optimal, **les partenaires parviennent à résoudre leurs divergences** (Bilodeau et al., 2011). Choisissez la situation qui correspond le mieux à la majorité de vos expériences de rencontres formelles de collaboration intersectorielle ou de démarches de plan de services.

- ☐ Situation 1. Devant des positions divergentes, les partenaires sont capables de changer de position pour construire des compromis.
- ☐ Situation 2. Devant des positions divergentes, les partenaires changent rarement de position et les compromis sont rares.
- ☐ Situation 3. Devant des positions divergentes, les partenaires cherchent plutôt à les contourner.

22.1 Veuillez justifier votre réponse précédente (Espace texte)

23. Dans un partenariat optimal, **les partenaires parviennent à dépasser leurs intérêts propres pour converger vers l'intérêt des populations qu'ils ont à desservir** (Bilodeau et al., 2011). Choisissez la situation qui correspond le mieux à la majorité de vos expériences de rencontres formelles de collaboration intersectorielle ou de démarches de plan de services.

- ☐ Situation 1 Les partenaires cherchent d'abord à répondre à leurs propres intérêts.
- ☐ Situation 2 Certains partenaires dominent au point d'orienter l'action à leurs propres fins.
- ☐ Situation 3 Tous les partenaires mobilisent leurs atouts dans l'intérêt des populations qu'ils ont à desservir.

23.1 Veuillez justifier votre réponse précédente (Espace texte)

24. Dans un partenariat optimal, **les partenaires modifient leur rôle (ce qu'ils faisaient déjà) pour réaliser des solutions nouvelles** (Bilodeau et al., 2011). Choisissez la situation qui correspond le mieux à la majorité de vos expériences de rencontres formelles de collaboration intersectorielle ou de démarches de plan de services.

- ☐ Situation 1 Les partenaires acceptent de modifier leur rôle pour faciliter la réalisation de projets novateurs.
- ☐ Situation 2 Peu de partenaires consentent à modifier leur rôle en fonction des nécessités de l'action.
- ☐ Situation 3 Chacun cherche à conserver son rôle indépendamment des nécessités de l'action.

24.1 Veuillez justifier votre réponse précédente (Espace texte)

SECTION 4. LES ÉTAPES DE LA DÉMARCHE INTERSECTORIELLE DE PLAN DE SERVICE INDIVIDUALISÉ (PSI)

Une démarche formelle de collaboration intersectorielle ou de plan de services (PSI) inclut différentes étapes : 1) coévaluer avec le jeune et ses parents, la situation globale du jeune, 2) amorcer une démarche formelle de collaboration intersectorielle/PSI, 3) partager les expertises et développer une vision commune de la situation (rencontre Pré-PSI), 4) réaliser la planification des services (rencontre PSI), 5) mettre en œuvre et coordonner le PSI, 6) réviser la situation du jeune et le PSI. Les questions suivantes abordent quatre de ces étapes (Étapes 2, 3, 4 et 6).

Étape 2 : Amorcer une démarche formelle de collaboration intersectorielle ou de PSI

Selon les meilleures pratiques, cette première étape de la démarche intersectorielle (ou de PSI) se réalise lorsque l'évaluation globale de la situation du jeune permet de constater l'existence de plusieurs besoins dont la réponse requiert la participation d'intervenants de différents secteurs (scolaire, social, santé, etc.). Avec le consentement formel des parents et du jeune (de 14 ans et +), le professionnel qui amorce la démarche, informe, sollicite et mobilise les partenaires impliqués ou à impliquer, en vue d'organiser l'étape suivante consistant à échanger et partager leurs informations sur la situation et leur expertise respective.

25. Selon votre propre expérience, énumérez les raisons qui conduisent à la décision d'amorcer une démarche formelle de collaboration intersectorielle ou de PSI ? (Multiples cases texte)

26. Qui initie ou coordonne généralement la collaboration entre les partenaires? (Case de texte)

- 26.1 Sur la base de quels critères décide-t-on généralement de la personne qui joue le rôle d'initier ou de coordonner les démarches de collaboration entre les partenaires? (Multiples cases texte)
- 26.2 Que pensez-vous de ces critères ? (Case texte)
- 26.3 Quelles sont, selon vous, les conditions ou qualités requises pour jouer ce rôle de coordination des services ? (Multiples cases texte)
- 27. Qui décide des personnes qui seront sollicitées dans la démarche? (Case de texte)
 - 27.1 Sur la base de quels critères les personnes sollicitées à participer à la démarche sont-elles sélectionnées? (Multiples cases texte)
 - 27.2 Que pensez-vous de ces critères ? (Case texte)
- 28. **Recommandations.** Selon vos propres observations des conditions favorables et des obstacles rencontrés lors de cette étape d'amorce de la démarche et de mobilisation des partenaires, quelles seraient vos recommandations pour l'améliorer ? (Multiples cases texte)

Étape 3 : Partager les expertises et développer une vision commune de la situation (rencontre de concertation ou Pré-PSI)

Selon les meilleures pratiques, la démarche privilégie un temps d'échanges ou de rencontre préparatoire (Pré-PSI) à la rencontre de planification des services. Elle vise à mettre en commun les différentes évaluations réalisées par les professionnels (en principe, déjà connues des parents), à partager les points de vue ou opinions cliniques sur la situation, à constater l'existence de divergences de points de vue ou d'impasses reliées à l'offre de services. Elle peut donc permettre aux professionnels de résoudre entre eux les difficultés rencontrées.

- 29. Sur quels cadres de référence (ex. approches, modèles) vous appuyez-vous professionnellement pour analyser la situation du jeune et de sa famille? (Avec options : Choisissez au maximum les 2 plus représentatives)
 - Approche systémique familiale
 - Approche biopsychosociale
 - Approche écosystémique ou bioécologique
 - Approche cognitivo-comportementale
 - Approche structurelle
 - Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH)
 - Approche psychodynamique
 - Approche psychosociale
 - Approche interculturelle
 - Approche centrée sur la famille
 - Approche centrée sur la personne
 - Approche centrée sur les forces
 - Approche centrée sur les solutions
 - Aucune approche spécifique
 - Autre (Détailler)
- 30. Selon vous, certains cadres de référence sont-ils davantage privilégiés ou valorisés dans les échanges entre les partenaires? (Oui/Non)
 - 30.1 (Si oui) Quels sont ces cadres de référence davantage privilégiés ou valorisés et comment expliquez-vous ce choix ? (Tableau de texte : Cadre de référence, Raison)

31. Existe-t-il généralement un cadre de référence commun utilisé pour échanger ensemble sur la situation du jeune dans les démarches intersectorielles auxquelles vous avez l'habitude de collaborer? (Oui /Non)
 - 31.1 (Si oui) Quel est ce cadre de référence? (Case de texte)
32. Lorsque des rencontres formelles de collaboration intersectorielle entre professionnels doivent avoir lieu sans la présence des parents, ces derniers sont-ils informés de ces échanges et de l'objectif? (Choix unique-échelle de fréquence : Toujours, Plus de la moitié du temps, Environ la moitié du temps; Moins de la moitié du temps, Jamais)
 - 32.1 Veuillez justifier votre réponse précédente. (Espace texte)
33. En cas d'absence des parents, une personne est-elle désignée pour s'assurer que leur point de vue soit communiqué et entendu des partenaires présents? (Choix unique-échelle de fréquence : Toujours, Plus de la moitié du temps, Environ la moitié du temps, Moins de la moitié du temps; Jamais)
 - 33.1 Veuillez justifier votre réponse précédente. (Espace texte)
34. **Recommandations.** Selon vos propres observations des conditions favorables et des obstacles rencontrés lors de cette étape d'échanges ou de rencontres préparatoires (ou de rencontre Pré-PSI), quelles seraient vos recommandations pour l'améliorer ? Ces dernières peuvent se situer à différents niveaux (ex. organisation, animation, fonctionnement, nature des échanges, communication entre partenaires, rôles, participation des personnes). (Multiples cases texte)

Étape 4 : Réaliser la planification des services (rencontre PSI)

Selon les meilleures pratiques, la rencontre PSI réunit généralement les parents, le jeune (selon des modalités qui tiennent compte de sa condition) et les partenaires impliqués dans sa situation. La rencontre de PSI évite les « discussions de cas » (en principe réalisées en amont). Elle vise d'abord à développer ensemble une vision commune des besoins répondus et non répondus chez le jeune, de les prioriser et de les traduire en objectifs généraux centrés sur le jeune. Ensuite, pour chacun de ces objectifs, sont précisés les moyens pour soutenir les changements visés pour le jeune : ces moyens se traduisent en actions/ responsabilités/ services qui engagent les parents, les proches et les partenaires professionnels. Bref, au terme de cette rencontre, les besoins à répondre sont clairs et chacun sait qui fait quoi, par quels moyens et selon quelle échéance.

35. Référez-vous à la majorité des rencontres formelles de planification des services (ou rencontres PSI) que vous avez vécues. Indiquez à quelle fréquence, en général, les jeunes participent à ces rencontres. (Choix unique. Échelle de fréquence: Toujours, Plus de la moitié du temps; Environ la moitié du temps; Moins de la moitié du temps; Jamais)
 - 35.1 En tenant compte de votre réponse à la question précédente, précisez les raisons qui, selon vous, expliquent cette fréquence de participation des jeunes. (Case texte)
36. Référez-vous à la majorité des rencontres formelles de planification des services (ou rencontres PSI) que vous avez vécues. Indiquez à quelle fréquence, en général, les parents participent à ces rencontres. (Choix unique. Échelle de fréquence : Toujours, Plus de la moitié du temps; Environ la moitié du temps; Moins de la moitié du temps; Jamais)
 - 36.1 En tenant compte de votre réponse à la question précédente, précisez les raisons qui, selon vous, expliquent cette fréquence de participation des parents. (Case texte)
37. Pour chacun des énoncés suivants, sélectionnez l'option qui correspond le mieux à la situation au terme de la rencontre de planification des services. (Choix unique. Échelle de fréquence : Toujours, Plus de la moitié du temps; Environ la moitié du temps; Moins de la moitié du temps; Jamais)

Au terme de cette rencontre, à quelle fréquence, en général, estimez-vous que :

- Les objectifs sont centrés sur le jeune (non sur les parents ou les partenaires)
- Les moyens, actions ou responsabilités sont clairement identifiés : chacun (parents, proches, partenaires) sait clairement qui fait quoi
- La planification des services est validée par les parents
- La planification des services est validée avec le jeune (dans des modalités qui tiennent compte de sa situation)
- La planification des services est écrite et consignée dans un formulaire sous une forme accessible à tous
- Un partenaire est clairement désigné pour assurer le suivi ou la coordination des actions / services des partenaires impliqués
- Des moyens / mécanismes de suivi sont prévus et entendus entre tous pour rendre compte de l'évolution de la situation et pour assurer une communication continue entre tous et avec les parents

38. Recommandations. Selon vos propres observations des conditions favorables et des obstacles rencontrés lors de cette étape formelle de planification des services (rencontre PSI), quelles seraient vos recommandations pour l'améliorer ? Ces dernières peuvent se situer à différents niveaux (ex. organisation, animation, fonctionnement, nature des échanges, communication entre partenaires, rôles, participation des personnes) (Multiples cases texte).

Étape 6 : Réviser la situation du jeune et le PSI

Selon les meilleures pratiques, cette rencontre inclut la participation du jeune (selon des modalités qui tiennent compte de sa condition), celle des parents et des partenaires impliqués au PSI. Elle doit permettre d'évaluer deux dimensions : les résultats obtenus pour le jeune (atteinte des objectifs du PSI centrés sur le jeune), ainsi que les conditions mises en place pour soutenir le changement dans la situation du jeune (moyens qui relèvent de la responsabilité des parents, proches et partenaires). Sur la base de cette évaluation, elle permet enfin d'identifier les besoins répondus et les besoins actuels et de réviser la planification des services requis.

39. Selon vos propres expériences, les démarches de collaboration incluent-elles des activités de révision de la situation du jeune ou d'évaluation des objectifs et des moyens prévus au PSI des jeunes ? (Choix unique. Échelle de fréquence: Toujours, Plus de la moitié du temps; Environ la moitié du temps; Moins de la moitié du temps; Jamais)

39.1 En tenant compte de votre réponse à la question précédente, précisez les raisons qui, selon vous, expliquent cette situation. (Case texte)

40. Recommandations. Selon vos propres observations des conditions favorables et des obstacles rencontrés lors de cette étape de révision de la situation du jeune, quelles seraient vos recommandations pour l'améliorer ? Ces dernières peuvent se situer à différents niveaux (ex. organisation, animation, fonctionnement, nature des échanges, communication entre partenaires, rôles, participation des personnes) (Multiples cases texte)

SECTION 5. RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

41. Amélioration des pratiques. Avez-vous d'autres recommandations à faire **pour améliorer les pratiques de collaboration intersectorielle** ou les démarches de plan de services individualisé, afin de mieux répondre ensemble (familles, écoles, santé et services sociaux, milieu communautaire, etc.) aux besoins multiples et complexes des jeunes et de leur famille ? (Multiples zones de texte)

42. **Formation des étudiants.** En prenant appui sur vos observations des forces et difficultés observées chez les étudiants ou les praticiens diplômés, quelles seraient vos recommandations **pour améliorer la formation des étudiants et étudiantes en milieu universitaire** en regard des pratiques de collaboration intersectorielle ou des démarches de plans de services individualisés ? (Multiples zones de texte)
43. **Formation continue des professionnels.** En prenant appui sur vos observations des forces et difficultés observées chez les professionnels, quelles seraient vos recommandations **pour améliorer la formation continue en regard des pratiques de collaboration intersectorielle** ou des démarches de plans de services individualisés ? (S'il y a lieu précisez les professionnels –disciplines visées). (Multiples zones de texte)

OUTIL DIAGNOSTIQUE DE L'ACTION EN PARTENARIAT

Angèle Bilodeau, Ph.D.^{1,2}
Marilène Galarneau, M.Sc.²
Michel Fournier, M.Sc.¹

Louise Potvin, Ph.D.²
Gilles Sénécal, Ph.D.^{2,3}
Jocelyne Bernier, M.Sc.²



2008

CET OUTIL PORTE SUR DIFFÉRENTS ASPECTS DE VOTRE PARTENARIAT. IL VOUS PERMET D'EXPRIMER VOS OPINIONS, PERCEPTIONS ET AVIS QUANT À VOTRE EXPÉRIENCE AU SEIN DE VOTRE PARTENARIAT. IL A ÉTÉ CONÇU À DES FINS D'AUTOÉVALUATION. IL N'A PAS ÉTÉ ÉLABORÉ DANS UNE OPTIQUE DE REDDITION DE COMPTES OU À DES FINS DE GESTION PAR RÉSULTATS. IL A ÉTÉ CONÇU POUR ÊTRE UTILISÉ PAR LES MEMBRES D'UN PARTENARIAT S'INVESTISSANT VOLONTAIREMENT DANS UNE DÉMARCHE D'ÉVALUATION.

LES RÉPONSES QUE CHACUN DES PARTENAIRES ACCORDE AUX ITEMS SONT LA BASE SUR LAQUELLE VOUS SEREZ EN MESURE DE POSER LE DIAGNOSTIC DE VOTRE PARTENARIAT. VOUS EN APPRENDREZ ALORS AU SUJET DE SES FORCES ET FAIBLESSES AINSI QUE SUR LES VOIES À PRIVILÉGIER POUR L'AMÉLIORER.

PRÉALABLES

VOTRE PARTENARIAT DOIT RÉPONDRE À CERTAINES CONDITIONS POUR QUE CET OUTIL SOIT UTILE, C'EST-À-DIRE POUR QU'IL CONDUISE À POSER UN DIAGNOSTIC. AINSI, VOTRE PARTENARIAT DOIT ÊTRE PLUS QU'UN LIEU DE PARTAGE D'INFORMATION ET DE RÉSEAUTAGE. IL DOIT ÊTRE LE LIEU D'UNE COLLABORATION SUR UN PROJET PRÉCIS, DÉFINI DANS LE TEMPS, ET BÉNÉFICIAIRE D'UNE ALLOCATION DE RESSOURCES.

TROIS MÉTHODES POUR EFFECTUER LE DIAGNOSTIC DE VOTRE PARTENARIAT

OPTION 1 : RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE INDIVIDUELLEMENT, PUIS ENCLENCHER UNE DISCUSSION COLLECTIVE SUR LA BASE DES ÉVALUATIONS INDIVIDUELLES.

OPTION 2 : RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE INDIVIDUELLEMENT, COMPILER LES RÉPONSES DE TOUS LES PARTENAIRES, PUIS ENCLENCHER UNE DISCUSSION COLLECTIVE EN PORTANT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE AUX ITEMS PROBLÉMATIQUES (items qui comportent le plus de réponses faibles).

OPTION 3 : ENCLENCHER UNE DISCUSSION DE GROUPE SUR CHACUN DES ITEMS AFIN DE POSER UN DIAGNOSTIC COLLECTIF.

NOTEZ QUE CERTAINES QUESTIONS PEUVENT NE PAS S'APPLIQUER À VOTRE SITUATION.

UNE VINGTAINES DE MINUTES SUFFISENT POUR COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE DE FAÇON INDIVIDUELLE.

¹ Direction de l'audit politique de Montréal

² Centre Approches communautaires et intégrées de santé, Université de Montréal

³ Institut national de la recherche en santé publique du Québec

OUTIL DIAGNOSTIQUE DE L'ACTION EN PARTENARIAT

APPARTENANCE :

- ☐ Organisme communautaire ☐ Réseau public
- ☐ Secteur privé ☐ Citoyen(ne)

RÔLE SUR LA TABLE OU DANS LE COMITÉ :

- ☐ Comité de coordination ☐ Participant(e)

Depuis quand votre organisme est-il membre de cette Table ou de ce Comité? _____ années

Depuis quand êtes-vous membre de cette Table ou de ce Comité? _____ années

1. DANS NOTRE PARTENARIAT, LES ACTEURS CONCERNÉS PAR LE PROBLÈME ET LES SOLUTIONS SONT MOBILISÉS
 - ☐ Il manque des acteurs essentiels (secteurs ou réseaux concernés) pour bien comprendre le problème et pour concevoir des solutions adéquates
 - ☐ Les partenaires essentiels (secteurs ou réseaux concernés) sont mobilisés, mais la participation d'autres acteurs nous permettrait de comprendre plus finement le problème et de concevoir des solutions plus adéquates
 - ☐ Tous les partenaires essentiels (secteurs ou réseaux concernés) pour bien comprendre le problème et concevoir des solutions adéquates sont mobilisés
2. LES POPULATIONS QUI VIVENT LE PROBLÈME PARTICIPENT ACTIVEMENT À NOTRE PARTENARIAT
 - ☐ Aucun individu vivant le problème ni organisme desservant les populations qui vivent directement le problème participe au partenariat
 - ☐ Des individus vivant le problème ou un organisme desservant les populations qui vivent directement le problème participent, mais leur point de vue est rarement pris en compte dans les décisions
 - ☐ Des individus vivant le problème ou un organisme desservant les populations qui vivent directement le problème participent, et ils ont une influence réelle sur les décisions
3. DANS NOTRE PARTENARIAT, LES PARTENAIRES SONT ACTIVEMENT IMPLIQUÉS DANS L'ANALYSE DES PROBLÈMES ET L'ÉLABORATION DES SOLUTIONS ET NON SEULEMENT DANS L'EXÉCUTION
 - ☐ Les partenaires sont activement impliqués dans la définition des problèmes et des solutions
 - ☐ Les partenaires sont impliqués dans les décisions sur les solutions à des problèmes qui sont définis par d'autres instances telles que les institutions publiques ou les bailleurs de fonds
 - ☐ Les partenaires sont impliqués uniquement dans la mise en œuvre de solutions décidées par d'autres instances telles que les institutions publiques ou les bailleurs de fonds

4. DANS NOTRE PARTENARIAT, LES PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES ONT UNE RÉELLE INFLUENCE SUR LES DÉCISIONS

- ☐ Les partenaires communautaires ont autant ou davantage d'influence sur les décisions que les membres institutionnels ou les bailleurs de fonds
- ☐ Les partenaires communautaires sont entendus, mais leurs points de vue sont moins pris en compte que ceux des membres institutionnels ou des bailleurs de fonds
- ☐ Les partenaires communautaires n'influencent pas les décisions

5. DANS NOTRE PARTENARIAT, LES PARTENAIRES SONT CAPABLES DE PRENDRE DES DÉCISIONS ET D'ENGAGER DES RESSOURCES

- ☐ La majorité des partenaires occupent dans leur organisation une position qui leur permet de prendre des décisions et d'engager des ressources dans le partenariat
- ☐ Les partenaires représentent leur organisation, mais ne sont pas en position de prendre des décisions ou d'engager des ressources dans le partenariat
- ☐ Les partenaires sont surtout engagés à titre individuel

6. DANS NOTRE PARTENARIAT, L'ÉCHANGE SUR UNE DIVERSITÉ DE POINTS DE VUE ÉLARGIT LES POSSIBILITÉS D'ACTION

- ☐ Des points de vue différents sont exprimés sans être vraiment documentés (données sur le milieu, savoirs d'expérience, études) et sans être discutés de sorte que cela ne permet pas de dégager de nouvelles pistes d'action
- ☐ Des points de vue différents sont exprimés et documentés (données sur le milieu, savoirs d'expérience, études), mais cela ne permet pas vraiment de dégager de nouvelles pistes d'action
- ☐ Des points de vue différents sont exprimés, documentés (données sur le milieu, savoirs d'expérience, études) et discutés et cela permet de dégager de nouvelles pistes d'action

7. DANS NOTRE PARTENARIAT, LES PARTENAIRES SONT CAPABLES D'IDENTIFIER LEURS DIVERGENCES ET DE LES DISCUTER

- ☐ Les partenaires expriment des points de vue qui peuvent être divergents et sont capables de les discuter ouvertement
- ☐ Les partenaires expriment des points de vue qui peuvent être divergents, mais ils ne discutent que de leurs points de convergence
- ☐ Seuls les points de vue pouvant faire consensus sont exprimés et discutés

8. DANS NOTRE PARTENARIAT, LES PARTENAIRES PARVIENNENT À RÉSOUDRE LEURS DIVERGENCES

- ☐ Devant des positions divergentes, les partenaires sont capables de changer de position pour construire des compromis
- ☐ Devant des positions divergentes, les partenaires changent rarement de position et les compromis sont rares
- ☐ Devant des positions divergentes, les partenaires cherchent plutôt à les contourner

9. DANS NOTRE PARTENARIAT, LES ORGANISMES PARTENAIRES MAINTIENNENT LEUR COLLABORATION POUR LA DURÉE DES PROJETS
- ☐ Des organismes partenaires quittent en cours de projets et cela compromet leur réalisation
 - ☐ Le roulement des organismes partenaires fragilise ou retarde l'avancement des projets
 - ☐ Les organismes partenaires maintiennent leur collaboration dans les projets pour toute leur durée
10. DANS NOTRE PARTENARIAT, LES RESSOURCES ESSENTIELLES POUR RÉALISER L'ACTION SONT MOBILISÉES
- ☐ Les ressources essentielles pour le fonctionnement des projets sont mobilisées
 - ☐ Il manque des ressources importantes, mais nous parvenons quand même à faire fonctionner les projets
 - ☐ Il manque des ressources indispensables, ce qui compromet le fonctionnement des projets
11. NOTRE PARTENARIAT RÉUSSIT À RALLIER LES NOUVEAUX ACTEURS DONT IL A BESOIN POUR FAIRE AVANCER SES ACTIONS
- ☐ Les partenaires ne cherchent pas vraiment à intéresser d'autres acteurs qui permettraient de consolider, améliorer ou poursuivre le développement de l'action
 - ☐ Les partenaires ne réussissent pas à rallier les nouveaux acteurs qui seraient nécessaires pour consolider, améliorer ou poursuivre le développement de l'action
 - ☐ Les partenaires réussissent à rallier les nouveaux acteurs dont ils ont besoin pour consolider, améliorer ou poursuivre le développement de l'action
12. DANS NOTRE PARTENARIAT, TOUS LES POINTS DE VUE SONT TRAITÉS DE FAÇON ÉQUIVALENTE DANS LA DISCUSSION ET LA DÉCISION
- ☐ Dans les discussions et les décisions, tous les points de vue sont considérés selon leur valeur sans égard à la position sociale des partenaires
 - ☐ Tous les partenaires expriment leur point de vue dans les discussions, mais les points de vue de ceux ayant davantage de pouvoir sont davantage pris en compte dans les décisions
 - ☐ Seuls les points de vue des partenaires ayant davantage de pouvoir sont pris en compte dans les discussions et les décisions
13. DANS NOTRE PARTENARIAT, LA CONTRIBUTION DE CHACUN À LA RÉALISATION DES ACTIONS EST RECONNUE DE FAÇON JUSTE
- ☐ La contribution des partenaires communautaires à la réalisation des actions est reconnue et rémunérée à sa juste valeur
 - ☐ La contribution des partenaires communautaires à la réalisation des actions est reconnue, mais n'est pas rémunérée adéquatement
 - ☐ La contribution des partenaires communautaires à la réalisation des actions n'est pas reconnue ni rémunérée adéquatement

14. LES AVANTAGES DÉCOULANT DU PARTENARIAT SONT RÉPARTIS ÉQUITABLEMENT PARMI LES PARTENAIRES
- ☐ Tous les partenaires retirent des avantages réels de leur implication pour la réalisation de leur mission
 - ☐ Certains partenaires retirent davantage de retombées, mais tous sont en accord avec cette distribution
 - ☐ Certains partenaires retirent davantage de retombées et d'autres se sentent lésés
15. DANS NOTRE PARTENARIAT, LES PARTENAIRES PARVIENNENT À DÉPASSER LEURS INTÉRÊTS PROPRES POUR CONVERGER VERS L'INTÉRÊT DES POPULATIONS QU'ILS ONT À DESSERVIR
- ☐ Les partenaires cherchent d'abord à répondre à leurs propres intérêts
 - ☐ Certains partenaires dominent au point d'orienter l'action à leurs propres fins
 - ☐ Tous les partenaires mobilisent leurs atouts dans l'intérêt des populations qu'ils ont à desservir
16. DANS NOTRE PARTENARIAT, LES CRITÈRES ET MÉCANISMES DE REDDITION DE COMPTES (À QUI, QUAND ET SUR QUOI RENDRE COMPTE) ENTRE LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET LES BAILLEURS DE FONDS SONT NÉGOCIÉS
- ☐ Les critères et les mécanismes de reddition de comptes (à qui, quand et sur quoi rendre compte) entre les organismes communautaires et les bailleurs de fonds sont négociés et établis d'un commun accord
 - ☐ Les critères et les mécanismes de reddition de comptes (à qui, quand et sur quoi rendre compte) sont établis par les bailleurs de fonds suite à une consultation des organismes communautaires
 - ☐ Les mécanismes de reddition de comptes (à qui, quand et sur quoi rendre compte) entre les organismes communautaires et les bailleurs de fonds sont établis par les bailleurs de fonds seuls
17. DANS NOTRE PARTENARIAT, LES PARTENAIRES PARVIENNENT À SE MOBILISER AUTOUR DE SOLUTIONS INTÉGRÉES QUI DÉPASSENT LA SEULE COORDINATION DES ACTIONS DE CHACUN
- ☐ Les partenaires travaillent à construire ensemble des actions nouvelles, intégrées, plutôt que de viser la seule coordination des plans d'action, programmes ou services qu'ils faisaient déjà
 - ☐ Les partenaires se consacrent surtout à coordonner les plans d'action, programmes ou services qu'ils faisaient déjà, mais ils voient le besoin de se mobiliser autour de l'élaboration de solutions intégrées
 - ☐ Les partenaires se consacrent principalement à coordonner les différents plans d'action, services ou programmes que chacun faisait déjà
18. DANS NOTRE PARTENARIAT, LES PARTENAIRES MODIFIENT LEUR RÔLE (CE QU'ILS FAISAIENT DÉJÀ) POUR RÉALISER DES SOLUTIONS NOUVELLES
- ☐ Les partenaires acceptent de modifier leur rôle pour faciliter la réalisation de projets novateurs
 - ☐ Peu de partenaires consentent à modifier leur rôle en fonction des nécessités de l'action
 - ☐ Chacun cherche à conserver son rôle indépendamment des nécessités de l'action

6.2 Annexes : L'interprofessionnalité en formation initiale



L'INTERPRO tel qu'enseigné: quelques repères

- Existe-il un **Référentiel de compétences** pour encadrer /orienter la formation en regard de la collaboration interprofessionnelle (CIP) ?
- Un **Profil de sortie** des étudiants est-il défini en regard de la CIP ?
- La CIP s'enseigne-elle ? Sous quels vocables?
- Dans quels **contextes** : disciplinaire, interdisciplinaire ? Avec qui?
- Dans quel **programme** (bachelor/baccalauréat, master/maitrise) ?
- Dans quelles **activités** : cours académiques, formation pratique ?
- Quelles sont les **visées d'apprentissage** sur le plan du développement des compétences en matière de CIP : quels Savoirs, Savoirs faire, Savoirs être?
- Quels sont les **contenus privilégiés**, les référentiels théoriques et méthodologiques?
- Selon quelles **méthodes pédagogiques** ?
- Et quelles **méthodes d'évaluation des apprentissages**?
- Etc. ?



Louise Lemay, Université de Sherbrooke, 12 novembre 2019.

1

6.2.2 Annexe 6 : Outil Sondage aux enseignants

L'interprofessionnalité tel qu'enseignée à l'Université de Sherbrooke :

Questionnaire destiné aux professeurs et chargés de cours de 4 disciplines : travail social, ergothérapie, pédiatrie, psychoéducation

Veuillez utiliser une entrée différente pour chacun des cours que vous enseignez ayant un lien avec la collaboration interprofessionnelle (CIP).

Sigle du cours	Compétences (cochez celles enseignées)	Autres concepts similaires *	Cochez les compétences qui font l'objet d'une évaluation formelle	Cochez les modes d'évaluation des apprentissages de la CIP (le cas échéant)	Ce cours est inter disciplinaire	Cochez les méthodes pédagogiques des apprentissages de la CIP
	• Travailler en collaboration • Clarifier les rôles • Communiquer avec d'autres • Participer à la résolution de conflits • Exercer un leadership collaboration • Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté		• Travailler en collaboration • Clarifier les rôles • Communiquer avec d'autres • Participer à la résolution de conflits • Exercer un leadership collaboration • Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté	• Travail individuel (écrit) • Travail d'équipe (écrit) • Travail individuel (oral) • Travail d'équipe (oral) • Examen en classe • Examen-maison • Évaluation par les pairs • Auto-évaluation • Autres	• Non • Oui • Si oui, quelles disciplines	• Exposé théorique • Vignette clinique • Analyse de texte • Présentations vidéo • Module en ligne • Conférence • Exercice pratique en classe • Expérimentation, entraînement • Exercice en ligne (Moodle) • Autres
	• Travailler en collaboration • Clarifier les rôles • Communiquer avec d'autres • Participer à la résolution de conflits • Exercer un leadership collaboration • Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté		• Travailler en collaboration • Clarifier les rôles • Communiquer avec d'autres • Participer à la résolution de conflits • Exercer un leadership collaboration • Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté	• Travail individuel (écrit) • Travail d'équipe (écrit) • Travail individuel (oral) • Travail d'équipe (oral) • Examen en classe • Examen-maison • Évaluation par les pairs • Auto-évaluation • Autres	• Non • Oui • Si oui, quelles disciplines	• Exposé théorique • Vignette clinique • Analyse de texte • Présentations vidéo • Module en ligne • Conférence • Exercice pratique en classe • Expérimentation, entraînement • Exercice en ligne (Moodle) • Autres

*Inscrire les concepts enseignés qui réfèrent à la CIP (Ex. : interdisciplinarité, intersectorialité, coordination des services, partenariat)

Quels sont les référents théoriques, modèles, approches d'intervention ou auteurs clés sur lesquels sont basés vos enseignements de la CIP?

6.2.3 Annexe 7 : La formation en travail social

6.2.3.1 La méthodologie

La manière dont s'enseigne l'interprofessionnalité dans le contexte de la formation initiale en travail social a été documentée par le biais des méthodes de collecte de données suivantes :

1. Étude documentaire pour les questions spécifiques 1 et 2 du cadre proposé par Lemay et Noël (2019): examen des documents officiels produits par l'École de TS
2. Sondage sous forme de tableau regroupant les questions spécifiques 3 à 10 du cadre proposé par Lemay et Noël, 2019)
3. Étude des plans de cours individuels dans les cas de non réponse ($\eta=1$) ou de refus de participer ($\eta=1$)
4. Échanges avec des personnes clés de l'École : la responsable du programme de maîtrise et la conseillère pédagogique, responsable du programme de baccalauréat.

Dans le cadre de la collecte de données par sondage, 25 enseignants, dont 10 professeurs et 15 chargés de cours étaient concernés par des cours susceptibles d'inclure un enseignement sur la collaboration interprofessionnelle. Parmi ces participants potentiels, 23 ont répondu à l'appel ($n = 23/25$). Les trois participants n'ayant pas complété le sondage incluent une personne en congé durant la période visée par cette collecte, une autre n'ayant pas donné suite à l'invitation malgré deux rappels, et enfin une autre ayant refusé de participer.

6.2.3.2 Les résultats

Le tableau suivant regroupe l'essentiel des informations recueillies concernant l'enseignement de l'interprofessionnalité dans le cadre du programme d'études de maîtrise (incluant l'année préparatoire / propédeutique) en travail social.

Dimensions	L'INTERPRO enseigné à la maîtrise en travail social à l'UdeS
Référentiel de compétences	• OTSTCFQ (2012). Référentiel de compétences des travailleuses sociales et travailleurs sociaux. • OTSTCFQ (2017). Normes de pratique pour le travail social de groupe. • Faculté de médecine et des sciences de la santé (2017). Cadre d'apprentissage collaboration professionnelle. Université de Sherbrooke. • CASWE-ACFTS (2014). Normes d'agrément.
Profil de sortie des étudiants	• À sa sortie du programme de formation en travail social, le professionnel débutant doit être préparé à faire face aux quatre situations professionnelles types²⁵ dont une (situation 3) concerne la collaboration • Situation professionnelle 3 : Les situations d'intervention multi-acteurs qui impliquent collaboration et concertation en contexte de pratique partenariale, intersectorielle ou interdisciplinaire • Cette situation professionnelle exige que l'étudiant soit en mesure d'exercer les deux activités-clés²⁶ suivantes : 1) Établir et maintenir des collaborations, 2) Coordonner des acteurs, des réseaux, des actions, des ressources, des projets dans une démarche

²⁵ **Situations professionnelles types** : Il s'agit d'une catégorisation de situations particulièrement représentatives de la profession auxquelles le programme veut préparer. Les situations professionnelles types doivent être assez larges pour permettre d'y inclure les principales situations de pratique auxquelles le professionnel débutant ou la professionnelle débutante devra faire face.

²⁶ **Activité-clé** : Il s'agit d'une ou deux actions devant être effectuées par le ou la professionnelle dans une situation professionnelle type. Elle doit permettre d'inclure plusieurs tâches ou divers savoirs. Il ne s'agit donc pas d'une tâche ponctuelle ou d'un savoir-faire particulier.

	de changement social. • À chacune de ces activités sont associés des critères de réalisation²⁷. • Par exemple, établir et maintenir des collaborations, se réalise : • « En communiquant avec un vocabulaire approprié de manière à ce que tous les interlocuteurs aient une compréhension partagée; • En reconnaissant l'apport de chacun à l'intervention, y compris celle des usagers, des groupes, des collectivités et des organisations; • En exerçant son rôle et en respectant la diversité des rôles (responsabilités, compétences, cultures) • En se ralliant à une finalité commune qui met au centre personne, la famille, le groupe ou la collectivité • En collaborant à l'élaboration d'un plan d'action concerté • En identifiant les obstacles et les enjeux relationnels afin de résoudre des tensions, concilier des visions divergentes et gérer les conflits • En effectuant un suivi qui s'inscrit dans la continuité et le développement du plan d'action concerté » • Enfin, « coordonner des acteurs, des réseaux, des actions, des ressources, des projets dans une démarche de changement social. » se réalise : • En proposant des moyens pour résoudre les tensions, gérer les conflits et en accompagnant les collaborateurs à tendre à un niveau de consensus le plus optimal dans la situation • En contribuant à la création d'un environnement de collaboration propice au leadership concerté • En accompagnant les collaborateurs à réaliser une démarche collective d'analyse critique des déterminants organisationnels qui encadrent la pratique de collaboration • En exerçant un rôle d'influence auprès d'acteurs stratégiques et d'organisations afin de contribuer aux changements requis pour améliorer les collaborations
Vocables utilisés	Très peu d'enseignants ont répondu à cette question. Les concepts suivants ont été mentionnés : • Action intersectorielle, Intersectorialité, Travail intersectoriel, • Concertation, Collaboration, Partenariat, Interdisciplinarité, • Collaboration interprofessionnelle, Interprofessionnalité, • Gestion de la diversité culturelle, • Trajectoires de services, Intégration des services • Coordination des services, Coordination
Contextes : disciplinaire, interdisciplinaire	• 11 cours ou ateliers sont réalisés en contexte disciplinaire • 7 cours ou ateliers sont interdisciplinaires Les étudiants en travail social côtoient ceux des disciplines suivantes, présentées en fonction du nombre de cours dans lesquels elles sont impliquées

²⁷ **Critères de réalisation** : Ceux-ci permettent de qualifier l'activité-clé en regard des exigences professionnelles. Ils serviront de balises pour construire les situations d'apprentissage et l'évaluation de l'agir compétent.

Activités (académiques, formation pratique) Visées d'apprentissage CIP, types de savoirs Contenus Méthodes pédagogiques Méthodes d'évaluation des apprentissages	• Ergothérapie ($n = 3$) • Sciences infirmières ($n = 3$) • Psychoéducation ($n = 2$) • Anthropologie ($n = 1$) • Histoire ($n = 1$) • Sciences politiques ($n = 1$)	• Administration ($n = 1$) • Médecine ($n = 1$) • Organismes communautaires ($n = 1$) • Programmation ($n = 1$)
	Au total 18 cours pertinents eu égard à la CIP ont été identifiés • 8 cours de propédeutique (P) • 8 cours de maîtrise (M) • 2 cours de gérontologie (G) ouverts aux étudiants de 2^e cycle en TS Trois cours de maîtrise portent spécifiquement l'interprofessionnalité, l'interdisciplinarité ou l'intersectorialité : • TRS 707 : Action intersectorielle et jeunesse en besoins multiples • TRS 731 : Interdisciplinarité et intersectorialité • IGR 740 : Action interprofessionnelle et collaboration	
	Les CIP ciblées comme objet d'apprentissage ne font pas forcément l'objet d'une évaluation. Elles sont présentées selon leur importance dans le cadre des enseignements et des évaluations 1. Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté : enseigné dans 16 cours et évalué dans 14; 2. Travailler en collaboration : enseigné dans 16 cours, évalué dans 11; 3. Communiquer avec d'autres : enseigné dans 15 cours, évalué dans 11 4. Clarifier les rôles : enseigné dans 11 cours, évalué dans 6; 5. Exercer un leadership collaboratif : enseigné dans 10 cours, évalué dans 7; 6. Participer à la résolution de conflits : enseigné dans 8 cours, évalué dans 6	
	• Les 47 documents répertoriés en matière de référentiels théoriques ou méthodologiques sont intégrés dans la bibliographie commune.	
	• L'exposé théorique ($n = 14/18$; 77,8 %), les exercices pratiques en classe ($n = 12/18$; 66,7 %), la vignette clinique ($n = 10/18$; 55,6 %) et l'analyse de texte ($n = 9/18$; 50,0 %) sont les méthodes pédagogiques les plus populaires, utilisées dans au moins la moitié des cours. • Le <i>module en ligne</i> et l'<i>exercice en ligne</i> (Moodle) sont les deux modalités les moins populaires, utilisées chacune dans un seul cours. • Des méthodes d'évaluation « Autres » sont reportées dans 4 cours (22,2 %), mais deux seules sont précisées : « Panel » et « présentation des travaux et discussions en groupe forme séminaire ».	
	• Le <i>travail individuel écrit</i> est le mode d'évaluation le plus populaire, utilisé dans 11 cours; ce mode est utilisé dans plus de la moitié des cours. • Suivent par ordre d'importance les modes suivants : le <i>travail d'équipe écrit</i> (7 cours) • Les 3 modes d'évaluation suivants sont utilisés dans 5 cours : <i>Travail individuel (oral)</i>, <i>Examen en classe</i> et <i>Autoévaluation</i>. Suivent, le <i>Travail d'équipe oral</i> (3 cours), l'<i>Évaluation par les pairs</i> (3 cours) et l'<i>Examen maison</i> (1 cours) • L'examen-maison est utilisé dans un seul cours. • La catégorie Autres est utilisée pour préciser les modes d'évaluation propres aux activités de stage, par exemple, le <i>contrat d'apprentissage</i> et le <i>journal de bord</i>.	

6.2.4 Annexe 8 : La formation en psychoéducation

6.2.4.1 La méthodologie

Les trois stratégies suivantes ont été utilisées par la responsable de programme de maîtrise en psychoéducation pour réaliser la collecte des données permettant de décrire de quelle manière l'interprofessionnalité est enseignée au sein de ce département :

1. Examen en profondeur de tous les plans de cours (n = 16) du programme de maîtrise en psychoéducation
2. Rencontre (durée: 60 minutes) avec la conseillère pédagogique du département de psychoéducation (Sophie Blanchard) pour explorer la manière dont la CIP est enseignée et évaluée dans le cadre des stages de formation pratique à la maîtrise en psychoéducation
3. Rencontre (durée: 20 minutes) avec la professeure ayant été responsable de l'enseignement du cours interfacultaire en 2017 et 2019 pour le département de psychoéducation (Myriam Laventure) afin de valider la synthèse des résultats réalisée.

6.2.4.2 Les résultats

Le tableau suivant regroupe l'essentiel des informations recueillies concernant l'enseignement de l'interprofessionnalité dans le cadre du programme de maîtrise en psychoéducation (volet professionnel).

Dimensions	L'INTERPRO enseigné dans le programme de psychoéducation à l'UdeS
Référentiel de compétences	• Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (2018). Référentiel des compétences lié à l'exercice de la profession de psychoéducatrice ou psychoéducateurs au Québec.
Profil de sortie des étudiants	Tel que défini lors de la révision du programme de psychoéducation effectuée en 2011, au sortir de sa formation, le professionnel : • est spécialiste de l'intervention directe et participante auprès de personnes, principalement des enfants et des adolescents, qui présentent ou risquent de présenter des difficultés de développement ou d'adaptation sur le plan psychosocial. • exerce dans les différents milieux de vie des personnes ou assume un rôle-conseil auprès d'autres acteurs. • appuie sa pratique sur les théories du développement de la personne et s'inscrit dans des perspectives biopsychosociale et écologique. Les perspectives théoriques mobilisées dans l'exercice de ses fonctions d'évaluation et d'intervention exige que le professionnel soit en mesure de : • Travailler en collaboration • Communiquer avec d'autres • Exercer un leadership de collaboration (rôle-conseil) • Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté
Vocables utilisés	Les vocables suivants sont principalement mobilisés dans le cadre des stages 1 et 2 : • Communication interprofessionnelle, Communication aux partenaires • Travail ou intervention en partenariat, Contexte interdisciplinaire, Interdisciplinarité • Mécanismes d'échanges entre les acteurs concernés, Écoute professionnelle
Contextes : disciplinaire, interdisciplinaire	• La formation académique (11 cours de 3 crédits) se déroule dans un contexte disciplinaire. • De façon bisannuelle, le séminaire PSE824-825 est offert dans un contexte interdisciplinaire (ergothérapie, travail social et psychoéducation) auprès d'un sous-groupe de 10 étudiants volontaires. • La formation pratique est offerte sous la forme de deux stages cliniques (12 crédits

Activités (académiques, formation pratique)	chacun). Les stages cliniques sont réalisés en milieux de pratique et amènent, par le fait même, les étudiants à expérimenter différentes situations nécessitant une collaboration interdisciplinaire. L'interdisciplinarité peut ainsi être vécue au sein d'une même équipe de travail ou encore, auprès de partenaires d'intervention (travail social, psychologie, sciences infirmières, médecine, ergothérapie, etc.).
	Au total, 2 cours abordent des contenus qui ciblent spécifiquement la CIP : • PSE817 – Éthique et déontologie professionnelle (3 cr.) • PSE830 – Rôle conseil et gestion organisationnelle (3 cr.) De façon bisannuelle, le séminaire PSE824-825 offre à un sous-groupe de 10 étudiants volontaires d'orienter le contenu de leur formation et de leurs évaluations autour du thème de la démarche d'action intersectorielle centrée sur la réponse aux besoins multiples des jeunes et des familles. En plus des 2 cours qui couvrent spécifiquement la CIP, 9 cours abordent des contenus qui la soutiennent en mettant à l'avant-plan l'exercice d'une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté : • PSE800 – Mesure et évaluation (3 cr.) • PSE810 – Intervention en contexte de crise (3 cr.) • PSE824 – Séminaire sur la planification de l'intervention (3 cr.) • PSE825 – Séminaire sur l'évaluation de l'intervention (3 cr.) • PSE831 – Évaluation et planification de l'intervention psychoéducative (3 cr.) • PSE832 – Intervention cas complexes I (3 cr.) • PSE833 – Intervention cas complexes II (3 cr.) • PSE834 – Intervention cas complexes III (3 cr.) • PSE836 – Conception et évaluation de programme (3 cr.)
Visées d'apprentissage CIP, types de savoirs	Pour les 2 cours abordant des contenus spécifiques à la CIP, les apprentissages suivants sont visés : PSE830 – Rôle conseil et gestion organisationnelle • relations de pouvoir, gestion de conflit, alliance de travail, pièges relationnels, tenue de dossiers, autorité, pouvoir d'influence, médiation, leadership, dynamique des groupes de travail. La gestion des conflits, travail et contexte multidisciplinaire PSE817 – Éthique et déontologie professionnelle • identité professionnelle, gestion d'équipe des dilemmes éthiques, analyse selon les parties impliquées, clarifier les valeurs conflictuelles, efficacité de la communication, établir le dialogue Pour les 9 cours qui abordent des contenus en soutien à l'exercice d'une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté, les apprentissages suivants sont visés : • élaboration de protocoles d'évaluation en adoptant une approche multiméthode, multi-répondants et multi-contextes • études de cas selon la perspective écosystémique • élaboration de plans de services en situations cliniques complexes • élaboration et communication de cartes conceptuelles • planification de l'évaluation et intervention en considérant l'implication des partenaires

Contenus	En plus de réinvestir l'approche centrée sur la personne, ses proches et la communauté, les stages cliniques mobilisent les savoirs, savoir-faire et savoir-être relatifs 1) au travail en collaboration, 2) à la communication et 3) à la clarification des rôles : • communication interprofessionnelle (avec leadership) • communication des évaluations aux partenaires • écoute professionnelle auprès de collègues et partenaires • reconnaissance de sa spécificité comme psychoéducateur • affirmer et définir clairement son rôle face aux autres professionnels • travail en équipe et intervention en partenariat
	Les sept (7) documents répertoriés en matière de référentiels théoriques ou méthodologiques sont intégrés dans la bibliographie commune.
	La formation académique propose les méthodes pédagogiques suivantes : • Exposés magistraux • Vignettes cliniques (ou études de cas) • Analyse de textes • Exercices pratiques ou expérimentations La formation pratique repose plutôt sur des activités de pratique réflexive et de supervision : • Journal de bord réflexif • Séminaires de supervision de stage
Méthodes d'évaluation des apprentissages	La formation académique propose principalement les méthodes d'évaluation traditionnelles suivantes : • Travail écrit individuel ou en équipe • Présentation orale individuelle ou en équipe • Examens en classe La formation pratique (stages cliniques) propose les méthodes d'évaluations suivantes : • Travaux de stage (bilan de professionnalisation, perspectives théoriques, rapport d'intervention psychoéducative, bilan du projet de contribution ou de professionnalisation) • Grille de présence en stage • Rencontre individuelle – analyse des attitudes personnelles et professionnelles • Rencontre d'évaluation tripartite

6.2.5 Annexe 9 : La formation en ergothérapie

6.2.5.1 La méthodologie

Les stratégies de collecte et d'analyse des données suivantes ont été utilisées pour décrire comment s'enseigne l'interprofessionnalité en ergothérapie :

1. Consultation du site Moodle d'un cours interdisciplinaire (ergo-physio) de 1re année qui traite spécifiquement de la collaboration professionnelle;
2. Consultation du plan d'un cours à option en ergothérapie en 4e année qui porte sur l'action intersectorielle`
3. Communication par courriel avec la responsable transversale de la collaboration professionnelle du programme d'ergothérapie (en sabbatique) qui a remis des documents de « mapping » de la collaboration professionnelle dans le programme d'ergothérapie
4. Consultation des documents de « mapping » de la collaboration professionnelle dans le programme d'ergothérapie
5. Validation des réponses aux questions sur l'enseignement de l'interprofessionnalité en ergothérapie par la responsable transversale de la collaboration professionnelle du programme physiothérapie

6.2.5.2 Les résultats

Le tableau suivant regroupe l'essentiel des informations recueillies concernant l'enseignement de l'interprofessionnalité dans le cadre du programme d'études en ergothérapie (baccalauréat et maîtrise intégrés).

Dimensions	L'INTERPRO enseigné dans le programme d'ergothérapie à l'UdeS
Référentiel de compétences	• Cadre d'apprentissage « Collaboration professionnelle en santé » de la FMSS (2017) basé sur le Cadre d'apprentissage adapté du Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010) • Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada de l'Association canadienne des ergothérapeutes (2012) • Référentiel des compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (2013)
Profil de sortie des étudiants	• Outil d'évaluation de stage : Formulaire d'observation des compétences à l'Université de Sherbrooke (FOCUS)
Vocables utilisés	• Collaboration professionnelle (ex. : Cours RDP110 – <i>Fondements en réadaptation I</i> en 1re année) • Interdisciplinarité (ex. : Cours RDP210 – <i>Approche interdisciplinaire de cas complexes</i> en 2e année)
Contextes : disciplinaire, interdisciplinaire	• Cours interdisciplinaires : ergothérapie et physiothérapie • Ateliers interdisciplinaires et interfacultaires : ergothérapie, physiothérapie, sciences infirmières, travail social et psychoéducation • Cours disciplinaires : rôle de collaborateur en ergothérapie
Activités (académiques, formation pratique)	• Cours RDP110 – <i>Fondements en réadaptation I en 1re année</i> : 1) Tutorat (APP) sur La communication et sur Le travail en groupe, collaboration professionnelle et interdisciplinarité; 2) Atelier de collaboration interfacultaire (ergothérapie, physiothérapie, sciences infirmières et service social) • Cours RDP210 – <i>Approche interdisciplinaire de cas complexes en 2e année</i> : Plan d'intervention interdisciplinaire (ergothérapie et physiothérapie) • Cours RDP162 – Représentation du problème de santé et efficacité thérapeutique

Visées d'apprentissage Savoirs, Savoirs faire, Savoirs être Contenus Méthodes pédagogiques Méthodes d'évaluation des apprentissages	(ergothérapie et physiothérapie) : 1) Rédaction d'une alliance de travail collaboratif; 2) Travail collaboratif (ergothérapie et physiothérapie) pour rédiger une analyse comportementale d'un client à partir d'une vignette clinique • Stages • Cours à option ERG765 – <i>Jeunesse en besoins multiples et action intersectorielle en 4^e année</i> : Démarche d'action intersectorielle centrée sur la réponse aux besoins multiples des jeunes et des familles (ergothérapie, travail social et psychoéducation)
	• Savoirs : communication interpersonnelle, communication professionnelle en santé, travail en groupe/en équipe, collaboration professionnelle, multidisciplinarité, interdisciplinarité, plan d'intervention interdisciplinaire, plan de services intersectoriel • Savoir-faire : développer une compréhension commune d'une situation, élaborer un plan d'intervention interdisciplinaire, mener une démarche d'action intersectorielle • Savoir-être : respect des règles de fonctionnement du groupe/de l'équipe, respect de la diversité des rôles, établissement de relations de respect et de confiance, ajustement de la communication selon le ou les interlocuteurs, écoute, ouverture, empathie, tact, autocritique, gestion de conflits, leadership collaboratif
	• Les six (6) documents répertoriés en matière de référentiels théoriques ou méthodologiques sont intégrés dans la bibliographie commune.
	• Apprentissage par problèmes (APP), Apprentissage par problèmes modifié • Ateliers interdisciplinaires
	• Travail réflexif ; • Auto-évaluation ; Évaluation par les pairs • Évaluation par les tuteurs : Évaluation en contexte d'APP et d'ARC – Rôles de collaborateur, de communicateur et de professionnels • FOCUS (outil d'évaluation de stages) • Évaluation formative : 1) ; Bilan du fonctionnement de groupe; 2) « débriefing » lors d'une activité de simulation incluant un ergothérapeute et une physiothérapeute; 3) ECOS intégratif en collaboration professionnelle

6.2.6 Annexe 10 : La formation en médecine

6.2.6.1 La méthodologie

Les stratégies de collecte et d'analyse des données suivantes ont été utilisées pour décrire comment s'enseigne l'interprofessionnalité en médecine :

1. Discussion avec la responsable transversale de la collaboration professionnelle du programme de médecine (Dre Chantale Lemire) sur l'enseignement de la collaboration interprofessionnelle aux étudiants de médecine (durée 60 minutes).
2. Consultation en ligne sur le site Moodle de l'Université de Sherbrooke du cahier étudiant de l'activité pédagogique « Formation médicale stratégique 1 – MSP108 », activité longitudinale durant la 1ère année des études prédoctorales durant laquelle les notions de collaboration sont abordées.
3. Consultation de la présentation « Faire évoluer nos pratiques de collaboration professionnelle » du Dre Lemire, offerte par le Centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé et reprenant les grands axes de l'approche de collaboration enseignée aux étudiants du programme.
4. Consultation des différentes modalités évaluatives du programme prédoctorale (fiches de rétroaction, grille d'évaluation sommative des stages de l'externat).
5. Vécu et connaissances personnelles du programme de médecine en tant que professeur régulier de plusieurs activités pédagogiques du nouveau curriculum 2017 et responsable d'activité pédagogique (F. Livernoche)

6.2.6.2 Les résultats

Le tableau suivant regroupe les informations recueillies dans le cadre du programme de doctorat en médecine ou d'études médicales prédoctorales (4 ans).

Dimensions	L'INTERPRO enseigné dans le programme de médecine à l'UdeS
Référentiel de compétences	• « Collaboration professionnelle en santé » pour les programmes d'ergothérapie, médecine, physiothérapie et sciences infirmière de la FMSS (2018) basé sur le Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010) • Référentiel des compétences lié à l'exercice de la profession médicale du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada (CanMEDS -2015) • Code de déontologie des médecins (Collège des médecins du Québec)
Profil de sortie des étudiants	• Ateliers réflexifs post-cours SPT-Formation • Outils d'évaluation de stage : - Rétroaction suite à une observation clinique - Grille d'évaluation sommative de l'externe en stage
Vocables utilisés	• Vocabulaire principalement utilisé : « collaboration professionnelle » • Vocables abordés et contextualisés : « multidisciplinarité », « interdisciplinarité », « pratique collaborative centrée sur le patient », « continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé »
Contextes :	• Atelier interdisciplinaire et interfacultaire : médecine, ergothérapie, physiothérapie, sciences infirmières, travail social et psychoéducation • Cours disciplinaires : rôle de collaborateur en médecine
Activités (académiques, formation pratique)	• « Atelier de contact précoce » (interdisciplinaire) : durée 3 heures, vignettes cliniques • Activités longitudinales SPT-Formation (MSP108) : - Collaboration 1 – Travail en collaboration et stratégies de communication - Collaboration 2 - Clarification des rôles - Collaboration 3 - Leadership et gestion de conflit - Acquisition des ressources théoriques et pratiques (lectures préalables, exposés

Visées d'apprentissage Savoirs, Savoirs faire, Savoirs être	interactifs, ateliers de travail en grand groupe) - Mobilisation des ressources (échange en petit groupe/professeur sur situations authentiques en APP, APÉ, HCPC (vignettes) - Pratique réflexive (atelier réflexif, auto-évaluation (questionnaire réflexif dirigé) • Cours HCPS – Collaboration professionnelle : atelier pratique/module sur gestion des conflits • Stages cliniques d'externat
	• Savoirs : collaboration professionnelle, multidisciplinarité, interdisciplinarité, professionnalisme, pratique collaborative centrée sur le patient, partage des connaissances, autorégulation de sa pratique, conditions propices à l'apprentissage en groupe, clarifier les rôles, interdépendance positive, communication, concepts de conflits (résolution, prévention, conflit éthique), leadership collaboratif, concertation • Savoir-faire : développer habiletés d'autorégulation, respecter fonctionnement d'un groupe, favoriser participation de tous, habiletés interpersonnelles/cognitives au travail collaboratif (attentif, actif, centré tâche, partage ses savoirs, écoute, ouverture), décrire son rôle dans l'équipe, reconnaître habiletés des autres et y recourir dans un contexte d'échange, appliquer techniques de communication adaptée au groupe, exprimer clairement ses idées/vulgarisation médical, habiletés interpersonnelles/techniques propres à la communication (chercher comprendre point de vue autre, respect participation des autres, tact, approche constructive), reconnaître différents/irritants/conflits interpersonnels, démarche réflexion collective (bilan de groupe), utiliser diversité du groupe pour leadership collaboratif • Savoir-être : sens des responsabilités face groupe, respect des autres, confiance, ouverture d'esprit (explorer potentiel de chacune des suggestions), sollicitude face collègue en difficulté • ** Abandon progressif des termes « savoir, savoir-faire » dans le programme de MD. Selon le parcours de professionnalisation, remplacé par les termes « ressources internes et personnelles, habiletés relationnelles, etc. ».
	Contenus • Les 17 documents répertoriés en matière de référentiels théoriques ou méthodologiques sont intégrés dans la bibliographie commune.
	Méthodes pédagogiques • Atelier interdisciplinaire « Atelier précoce de contact » : 3h, vignettes en groupe d'étudiants interdisciplinaire (2^e année du programme MD) • Apprentissage par problèmes (APP) – petit groupe environ 10 étudiants/prof • Apprentissage par Équipes (APÉ) – grand groupe 40 étudiants / 1-2 prof • Habiletés cliniques, professionnelles et de collaboration (HCPC) – petit groupe 10 étudiants/prof Essai infructueux au début du renouveau 2017) - Visites d'étudiants interdisciplinaire (MD, physio, ergo, TS ?) de familles en communauté. Complexité logistique, donc abandonné À venir : Atelier interdisciplinaire « Soins de fin de vie » : sciences infirmières, ergo, physio (hiver 2021) volet en ligne synchrone et asynchrone
Méthodes d'évaluation des apprentissages	• Travail réflexif ; Auto-évaluation ; Évaluation par les pairs ; Bilan de groupe • Labo de stimulation : « débriefing » auto-évaluation et éval par les pairs (2^e année) • Évaluation par les tuteurs : Évaluation en contexte d'APP et d'HCPC • Grilles de stage à l'externat : a) Rétroaction suite à une observation clinique; b) Grille d'évaluation sommative de l'externe en stage

6.2.7 Annexe 11 : Bibliographie commune : référents théoriques et méthodologiques

NOTE : Pour chaque référence, les unités de formation qui l'utilisent sont identifiées par les exposants suivants : 1 travail social ; 2 psychoéducation; 3 ergothérapie; 4 pédiatrie sociale.

- Association Canadienne des Ergothérapeutes, (2012). *Profile of practice of occupational therapists in Canada*. [4]
- Berger, P. L., Luckmann, T., Taminiaux, P., & Maffesoli, M. (1996). *La construction sociale de la réalité* (Vol. 2). A. Colin. [1]
- Bleau, S. et Bois, C. (N.D.). *Communiquer efficacement pour mieux collaborer entre professionnels*. Université de Sherbrooke : Centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé. [1]
- Bilodeau, Angèle, Galarneau, Marilène, Fournier, Michel et Louise Potvin (2010). « Outil de l'action en partenariat : pertinent pour les actions de réduction des inégalités ». Dans Potvin, L., Moquet, M.-J. et C. M. Jones (pp. 334-345). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Inpes éditions, 380 p. [1]
- Bilodeau, A., Lapierre, S. et Marchand, Y. (2003). *Le partenariat : comment ça marche ? Mieux s'outiller pour mieux réussir*. Montréal : Direction de santé et publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 33 p. [1]
- Bourque Denis et al. (2008). Concertation et partenariat, entre levier et piège du développement des communautés. Québec, PUQ [1]
- Bronfenbrenner, U. et Moriss, P. A. (2006). « The bioecological model of human development ». Dans R. M. Lerner et W. Damon (dir), *Handbook of child psychology* (6e édition). Hoboken: John Wiley & Sons Inc. Doi : 10.1002/9780470147658 [2]
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif*. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI), 26 p. [1,3,4]
- Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (2003). *Procédurier : préparation, élaboration, mise en œuvre, et suivi d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII)*. https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/Procédurier_PII_2013.pdf [1]
- Chamberland, C, Lacharité, C. Lessard, D., Fafard, G. et L. Lemay (2012). *Cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants*. Guide de soutien à la pratique (1), Montréal : Initiatives AIDES, 17 p. [4]
- CIHC (2010). *Cadre national de la définition des compétences en matière d'interprofessionnalisme* http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetenciesShort-Fr_Mar310.pdf ; Les six domaines de compétences : http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/RCPI_2010_6_compétences_CIHC.pdf [1]
- Clavet, D. et Lemire, C. (N.D.). *Faire évoluer nos pratiques de collaboration professionnelle*. Présentation du Centre de formation continue de la Faculté des Médecines et Sciences de la Santé de l'Université de Sherbrooke. [1]
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. [4]
- Cormier, S., (2004). *Dénouer les conflits relationnels en milieu de travail*. Montréal : Presses de l'Université du Québec. [1]
- Cormier, Solange (2006). *La communication et la gestion*. Presses de l'université du Québec [1]
- Couturier, Y., & Belzile, L. (2016). *L'intervention de coordination dans les métiers du « prendre soin »*. Nîmes, France: Éditions Champ social. 171 p. [1]

- Couturier, Y., Belzile, L., (2019). *La collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux*. Presses de l'Université de Montréal. [¹]
- Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L. et Salles, M. (2013). *La coordination en gérontologie*. Montréal, PUM. [¹]
- Deschênes, B., Jean-Baptiste, A., Matthieu, E., Mercier, A-M, Roberge, C., St-Onge, M. (2013). Guide d'implantation du partenariat de soins et de services – Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, Réseau universitaire intégré de santé, Université de Montréal. [⁴]
- DeVito, J., Chassé, G., et Vezeau, C. (2008) *La communication interpersonnelle*. Éditions du Renouveau Pédagogiques Inc., St-Laurent, Québec, Canada. [³]
- Divay, Gérard, Belley, Serge et Marie-Claude Prémont (2013). « La collaboration intersectorielle : spécificités, questionnements et perspectives ». *La Revue de l'innovation : La Revue de l'innovation dans le secteur public, Volume 18* (2), article 1, p.1-22. [¹]
- Dubar, C. (2007). « Polyphonie et Métamorphoses de la notion d'identité », *Revue française des affaires sociales*, no 2, p.9-25. [¹]
- Faculté des lettres et des sciences humaines (2012). Situations professionnelles. Baccalauréat et maîtrise. Programme de service social. Université de Sherbrooke. [⁴]
- Faculté des lettres et des sciences humaines (2019). Situations professionnelles. Baccalauréat et maîtrise. Programme de service social. Université de Sherbrooke. [⁴]
- Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) (2018). *Collaboration professionnelle en santé. Cadre d'apprentissage en matière de collaboration professionnelle en santé*. Programmes d'ergothérapie, médecine, physiothérapie et sciences infirmières : Université de Sherbrooke. [^{1,3,4}]
- Faculté de médecine et des sciences de la santé (2020). *Descriptif de la compétence Collaboration*. Programme de sciences infirmières – Cheminement initial : Université de Sherbrooke. Extrait de la cartographie le 18 février 2020. [⁴]
- Frank, JR., Snell L., Sherbino, J. (2015). *Le référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Ottawa, Ontario, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. [⁴]
- Genest Dufault, S., Gusew, A., Bélanger, È. et Côté, I. (2017). Accompagner le projet de formation pratique en travail social. Presses de l'Université du Québec. Collection : Problèmes sociaux et interventions sociales. 274 p. [¹]
- Gouvernement du Québec (2001). Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 41p. [¹]
- Gouvernement du Québec (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (2e éd.). Sherbrooke, Québec: Le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. [¹]
- Guérard, Ghislaine (2008). *Les conflits organisationnels + CD-ROM*. Ed. Yvon Blais. [¹]
- Hébert, R. (1997) *Définition du concept de l'interdisciplinarité*. Dans Colloque « De la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité », Québec, 4-5 avril 1997. [⁴]
- Hébert, R. (2014) L'engagement du patient - Synthèse du concept et recommandations pour la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. FMSS, 5 novembre 2014. [⁴]
- Jones, H., Chant, E et Ward, H. (2003). « L'intégration des services destinés aux enfants : un point de vue britannique ». Dans Trocmé, N., Knoke, D. et Roy, C. (2003). *Collaboration communautaire et approches différentielles : recherches et pratiques novatrices canadiennes et internationales*. Canada : Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants. 172 p. [¹]

- LeBossé (2013). Sortir de l'impuissance. Invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités. Tome 1 : fondements et cadres conceptuels. Québec : Ardis. 278 p. [¹]
- Le Boterf, G. (2013, 3^e éd.). *Travailler en réseau et en partenariat. Comment en faire une compétence collective*. Collection Ressources humaines, Paris : Éditions du Eyrolles. [¹]
- Leclerc, C. (2017). Intervenir en groupe. Savoirs et pouvoir d'agir. Québec : CRIEVAT. [¹]
- Legault, G. A. (1999). *Professionnalisme et délibération éthique. Manuel d'aide à la décision responsable*. Sainte-Foy, Canada : Presses de l'Université du Québec. [²]
- Lemay, Louise (1990). « Tableau 5 : Action communicative interpersonnelle : étapes fonctionnelles, orientation interpersonnelle et niveaux de stratégies correspondants ». Dans Lemay, L. (1990). *Développement des habiletés de résolution de problèmes interpersonnels adolescents-figures d'autorité*. Travail de maîtrise. Faculté des études supérieures, Université de Montréal, 126 p. [¹]
- Lemay, Louise (2007). « L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide ». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 20, n°1, 165-180. [¹]
- Lemay, L. et coll. (2007). Ensemble vers un même horizon : Manuel de référence pour la réalisation des Plans de services individualisés (PSI) et intersectoriels (PSII) à Laval-Volet jeunesse. Laval (Québec) : Agence de la santé et de services sociaux de Laval. 81 p. [¹]
- Lemay, L., Lambert, H., Bouchard, A. et M. Lamontagne (2017). Ensemble pour le développement et le bien-être des jeunes en besoins multiples et complexes. Guide de soutien à l'implantation ou consolidation des mécanismes de coordination intersectorielle ou des Équipes d'Intervention Jeunesse (ÉIJ), et à la réalisation des démarches de plan de services individualisé (PSI) et de plan de services individualisé et intersectoriel (PSII). Sherbrooke (Québec) : Université de Sherbrooke, 59 pages. Repéré à : <http://reijq.espaceweb.usherbrooke.ca/> [¹]
- Lemay, L. et Giguère, R. (2010). « Pratiques partenariales et pouvoir des parents : quels référentiels? » *Les politiques sociales*. no 364, pp39-50. [¹]
- Lemay, Louise et Julie Noël (2018). Tableau des indicateurs de transition entre les modes de collaboration interprofessionnelle ou intersectorielle. Université de Sherbrooke, octobre 2018, 22 pages. [¹]
- Lenoir, Y. (N.D.). *Réfléchir dans et sur sa pratique, une nécessité indispensable : Outil n° 1*. Université de Sherbrooke : Faculté d'éducation, Chaire de recherche du Canada sur l'Intervention éducative. [¹]
- Lindsay, J. (1999). « Le service social des groupes : concepts et pratique ». Dans : Deslauriers Jean-Pierre, Hurtibise, Y. (sous la direction de). *Introduction au travail social*. Québec : Les Presses de l'université Laval, pp. 153-175. [¹]
- Lindsay, J., Turcotte, D., Ngo Nkouth, B. (2000). *Les facteurs d'aide dans les groupes*. Cahiers du service social des groupes : Québec : Actes des Journées Simone parées tenues le 28 et 29 mai 2000. [¹]
- Mayen, P. (2007). Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre. *Recherches en éducation*, 4, 51-64. [¹]
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2018). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. Québec : Gouvernement du Québec. [¹]
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (2013). Référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession d'ergothérapeute au Québec. [²]
- Ordre des psychoéducatrices et psychoéducateurs du Québec [OPPQ] (2014). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation. Lignes directrices*. Montréal : OPPQ. [²]

- Paquette, G., Laventure, M. et Pauzé, R. (2018). *Approche systémique appliquée à la psychoéducation*. Boucherville, Québec : Béliveau Éditeur, collection Psychoéducation : fondements et pratiques. [2]
- Pastré, P., Mayen, P., & Vergnaud, G. (2006). « La didactique professionnelle ». *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, (154), 145-198. [1]
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation, une conception, une méthode*. Montréal : Sciences et Culture. [2]
- Renou, M. (2014). L'identité professionnelle des psychoéducateurs : une analyse, une conception, une histoire. Longueuil, Québec : Béliveau éditeur. [2]
- Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et en services sociaux (RCPI) (2011). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et en services sociaux*. [3]
- Réseau international sur le processus de production du Handicap (RIPPH). *Modèle de développement humain - Processus de production du handicap (MDH-PPH)*. <http://www.ripph.qc.ca> Ste-Justine (2014). [1]
- Richard, C., et Lussier, M.T. (2005). *La communication professionnelle en santé*. Éditions du Renouveau Pédagogiques Inc., St-Laurent, Québec, Canada. [3, 4]
- Saint-Arnaud, Y., (2003). L'interaction professionnelle. Efficacité et coopération. Montréal, PUM. [1]
- Saint-Arnaud, Y. (2004). *Petit code de la communication*. Montréal : Éditions de l'Homme. [4]
- Saint-Arnaud, Y. (1978). *Les petits groupes : participation et communication*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur. [1]
- Saint-Arnaud, Y. (2008). *Les petits groupes, participation et animation*. Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur. p. 118-125. [3]
- Saint-Yves, A. (1993). *Comment activer un groupe restreint*. Québec: Les presses interuniversitaires. [1]
- Schermerhorn, J. R. Jr., Uhl-Bien M., Hunt J. G., Osborn R. N., et De Billy C. (2018). *Comportement humain et organisation*. (6e éd.) (S. Larue, trad.). Québec : Éditions du renouveau pédagogique Inc. [2]
- Sève, F. (1985). *Pensée et langage*. Traduit de Vygotsky, L. (1934). La Dispute. [1]
- Shaw, E, Oandasan, I, Fowler, N. (2017) *CanMEDS-MF 2017: Un référentiel de compétences pour les médecins de famille dans tout le continuum de formation*. Mississauga, Ontario, Collège des médecins de famille du Canada. [4]
- Turcotte, D., Lindsay, J. (2019). *L'intervention sociale auprès des groupes (4e éd.)*. Chenelière. 256 p. [1]
- Thomas, Kenneth W. et Ralph H. Kilman (n.d.). Méthode Thomas-Kilman d'évaluation du comportement en situation de conflit. [1]
- Turcotte, D. (1997). *Pour réussir le recrutement des membres. L'importance des alliances dans la communauté*. Groupes. Symposium, 1997. Service social, 46 (2-3) 101-127. [1]
- Vanier, Marie-Claude et al. (2013) Cours CSS-3900 – La collaboration en action: Introduction - Étudiants en pharmacie. Octobre 2013. [4]

6.3 Annexes : L'interprofessionnalité dans le cadre d'un séminaire interdisciplinaire à la maîtrise

6.3.1 Annexe 12: Ordre du jour de l'activité interprofessionnelle en contexte interfacultaire

L'action en partenariat dans le secteur jeunesse
La démarche de plan de services individualisé (PSI) et intersectoriel (PSII)
Déroulement de l'expérimentation interfacultaire

Jour 1 / 26 mars 2019 : 8h30-16h30	
ACCUEIL : 8H30-8H45 Première partie de la matinée	
8h30-8h50	En grand groupe • Accueil et Organisation (places assignées) • Présentation des professeures • Présentation des objectifs, de l'esprit et des ressources (pochette)
8h50-9h30	• Présentation des étudiants : activité brise-glace et présentation des groupes par discipline
9h30-10h30	La démarche PSI/PSII • Caractéristiques des différentes démarches / PI, PSI et PSII • Situations requérant une démarche PSI/PSII • Principales étapes de la démarche PSI/PSII 1^e étape: Évaluer globalement la situation du jeune • Objectif de l'étape et rôles • Cadre d'analyse écosystémique des besoins des enfants
PAUSE 10h30-10h45 Deuxième partie de la matinée	
10h45 à 11h20	En équipe interprofessionnelle 1^e étape: Évaluer globalement la situation du jeune (suite) • Identification des forces et difficultés de l'enfant • Identification des partenaires et du coordonnateur PSII • Lecture annotée de la vignette / en individuel (15 min.) • Exercice 1 : en équipe interdisciplinaire (20 min.) (cahier du participant, p. 4-6)
11h25-11h35	Retour en grand groupe • Plénière en groupe
11h35-12h00	2^e étape: Initier la démarche PSI/PSII et mobiliser les partenaires • Objectif de l'étape • Processus pour amorcer la démarche PSI • Rôle du coordonnateur PSI et des autres acteurs • Partenaires à mobiliser • Règles et outils entourant le consentement et la confidentialité

DINER 12h00-13h00, Première partie de l'après-midi	
13h00-13h25	<i>En grand groupe</i> 3^e étape : Partager les expertises et développer une vision commune • Objectif de l'étape et rôles • Défi de développer une vision commune : la priorisation des besoins • Exercice 2 : en groupe (cahier du participant, p. 7)
13h30-14h15	<i>En équipe interprofessionnelle</i> Exercice 3 : en équipe interdisciplinaire (30 min.) (cahier du participant, exercice 3, p. 8-11) • Identifier les facteurs parentaux, familiaux et environnementaux qui influencent la réponse aux besoins de l'enfant Exercice 4 : en équipe interdisciplinaire (15 min.) (cahier du participant, p. 12-13) • Analyser : établir des liens d'interdépendance entre les facteurs en jeu
14h20-14h40	<i>En grand groupe</i> • Plénière en groupe- sur l'exercice 3 (facteurs parentaux et environnementaux)
PAUSE 14h40-14h55, Deuxième partie de l'après-midi	
14h55-15h25	<i>En grand groupe</i> • Plénière en groupe- sur l'exercice 4 (analyse)
15h25-15h35	3^e étape (suite) : Partager les expertises et développer une vision commune : La rencontre préparatoire au PSI/PSII • Situations requérant une rencontre préparatoire • Réaliser la rencontre exploratoire (Pré-PSI/PSII)
15h40-16h05	<i>En équipe interprofessionnelle</i> • Distribution des enveloppes et lecture des informations liées à son rôle (5 min) • Exercice 5 : en équipe interdisciplinaire (20 min.) (cahier du participant, p. 14-15)
16h10-16h30	<i>En grand groupe</i> • Plénière en groupe – sur l'exercice 5 • Mot de la fin. Appréciation verbale de la journée
Fin de la 1 ^e journée Brève Rétroaction- Appréciation verbale de la journée	

Jour 2 / 27 mars 2019 : 8h30-16h30

Première partie de la matinée

8h30-8h50	<i>En grand groupe</i> • Accueil des parents. • Présentation de l'ordre du jour
8h50-9h10	4^e étape : Réaliser la rencontre PSI/PSII et rédiger le formulaire • Objectifs, rôles et déroulement • Consignes pour le jeu de rôle • Ajustement de composition des équipes : changement d'animateur et inclusion du parent
9h15-9h45	<i>En équipe interprofessionnelle</i> • Exercice 6 : en équipe interdisciplinaire (30 min.) (cahier du participant, p. 16-17)
9h50-10h15	<i>Retour en grand groupe</i> • Plénière en groupe- sur l'exercice 6 (25 min.)
10h15- 10h30	4^e étape (suite) Rédiger le formulaire PSI/PSII • Composante du formulaire • Règles pour la rédaction

PAUSE 10h30-10h45

Deuxième partie de la matinée : 10h45-12h00 (45 min)

10h45-11h15	<i>En équipe interprofessionnelle</i> • Exercice 7 en équipe interdisciplinaire (30 min.) (cahier du participant, p.18-19) • Convenir en équipe, avec le parent, du contenu du PSII • Rédiger formulaire PSI-PSII
11h20- 11h45	<i>Retour en grand groupe</i> Plénière en groupe - sur l'exercice 7 (25 minutes) • Priorisation des besoins • Compréhension des Rôles et responsabilités respectifs • Communication
11h45-12h00	<i>Bilan de la matinée (15 min.)</i> • Appréciation verbale des activités en présence des comédiens parents

DINER 12h00-13h00
 Jour 2, 27 mars 2019.
 Première partie de l'après-midi : 13h00-14h30

13h00-13h20

En groupe

4^e étape (fin) Rédiger le formulaire PSI/PSII

- Retour en groupe sur l'exercice 7- Consolidation au niveau des règles de rédaction des PSI-PSII

5^e étape : Réaliser et assurer le suivi PSI/PSII

- Objectifs visés et rôle des acteurs
- Activités à réaliser et rôles des acteurs

6^e étape : Évaluer et réviser le PSI/PSII

- Objectifs visés
- Activités à réaliser et rôles des acteurs

13h20-13h30

Thème : Identité professionnelle et reconnaissance des expertises disciplinaires respectives

- Notion d'identité et Présentation de l'exercice (10 min)

13h35-13h55

En sous-groupe disciplinaire

- Travail en sous-groupe disciplinaire (20 min)

14h00-14h30

En grand groupe

- Plénière en groupe (30 min.)

Pause santé : 14h30-14h45
 2^e partie de l'après-midi : 14h45-16h30

14h45-

En grand groupe

15h00

Thème : Autoévaluation individuelle des compétences de collaboration interprofessionnelle

Présentation de l'outil :

- Fondements (référentiel national canadien),
- Domaines de compétences et niveaux
- Consignes pour la complétion de l'outil d'autoévaluation
- Complétion de l'outil d'autoévaluation individuelle (25 min)

15h00-

15h25

15h25-

15h45

15h45-

16h05

16h05-

16h30

- Plénière sur les compétences interprofessionnelles (20 min.)

- Complétion du formulaire d'évaluation de l'ensemble de l'expérimentation (20 min)

- Plénière bilan et recommandations (25 min.)

Mot de la fin

Ordre du jour. Expérimentation interfacultaire, Action intersectorielle et jeunesse en besoins multiples, L.Lemay, 8 mars 2019

6.3.2 Annexe 13 : Q-POST : Questionnaire d'autoévaluation des compétences interprofessionnelles

Questionnaire d'autoévaluation des compétences interprofessionnelles (CIP) : post expérimentation interfacultaire

Contexte :

Ce questionnaire s'adresse aux étudiantes et étudiants qui participent au séminaire de maîtrise interdisciplinaire portant sur l'action intersectorielle et les jeunes en besoins multiples et complexes. Les participants représentent l'une des trois disciplines suivantes : travail social, ergothérapie et psychoéducation. Ils sont réunis pour vivre ensemble une démarche expérientielle de deux jours, axée sur l'expérimentation des différentes étapes d'un processus d'action en partenariat (plan de services individualisés et intersectoriels (PSII)).

L'expérimentation interfacultaire de l'hiver 2019 s'inscrit dans l'un des trois cours suivants, selon la discipline de l'étudiante ou de l'étudiant participant :

- TRS 707 : Action intersectorielle et jeunesse en besoins multiples, dirigé par la Pre Louise Lemay
- ERG 765 : Jeunesse en besoins multiples et action intersectorielle, dirigé par la Pre Audrée Jeanne Beaudoin
- PSE 825 : Projet pilote : intervention intersectorielle, dirigé par la Pre Myriam Laventure

But :

La complétion de ce questionnaire par les étudiantes et étudiants vise à rendre compte de leur autoévaluation des compétences interprofessionnelles (CIP) acquises et mobilisées d'une part, dans le cadre d'expériences de collaborations interprofessionnelles passées (questionnaire d'autoévaluation pré-expérimentation) et d'autre part, dans le cadre de l'expérimentation interdisciplinaire réalisée durant le séminaire de maîtrise (questionnaire d'autoévaluation post-expérimentation).

Pertinence et retombées :

La construction de ce questionnaire prend appui sur une conception « écologique » de la compétence qui considère à la fois les dimensions individuelles, soit les habiletés de la personne, ainsi que les dimensions environnementales, soit, les facteurs contextuels qui influencent, positivement ou non, l'exercice de ces habiletés individuelles dans un contexte donné (Lemay, Dallaire et Ricard, 2015). Elle s'appuie également sur les 6 domaines de compétences définis dans le cadre des travaux du Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010) : 1) communication interpersonnelle; 2) soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté; 3) clarification des rôles; 4) travail d'équipe; 5) leadership collaboratif; 6) résolution de conflits interprofessionnels. De plus, le questionnaire d'autoévaluation prend en compte les divers niveaux de compétences tels que définis dans le cadre d'apprentissage « Jalons du développement de la compétence Collaboration interprofessionnelle en santé », proposé par la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

Le processus d'autoévaluation et ses résultats auront des retombées à plusieurs niveaux :

1. Les étudiantes ou étudiants concernés ont l'opportunité de jeter un regard critique sur leurs acquis en termes de CIP et sur les conditions qui favorisent ou font obstacle à l'exercice de ces compétences;
2. Les professeures responsables de ce séminaire s'appuient sur ces résultats pour ajuster leur co-enseignement de manière à optimiser les apprentissages réalisés par les participants, en matière de CIP;
3. Les données recueillies pourraient aussi, avec le consentement des participants, être utilisées plus largement dans le cadre d'écrits permettant de rendre compte de la démarche pédagogique et des résultats de cette expérimentation novatrice en milieu universitaire.

Date limite :

Le retour de ce questionnaire préexpérimentation est attendu, complété, **au plus tard le jeudi 28 mars 2019.**

Informations :

Pour toute information relative au contenu de ce questionnaire, veuillez contacter Louise Lemay, Pre à l'École de travail social à l'adresse suivante :

louise.lemay@usherbrooke.ca

Pour des questions d'ordre technique reliées à l'utilisation de l'instrument, veuillez contacter Danaël Lambert, auxiliaire de recherche pour Louise Lemay à l'adresse suivante :

Danael.lambert@usherbrooke.ca

Références :

- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010). *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Repéré en ligne à : http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf
- Lemay, L., Dallaire, M. et N. Ricard (2015). *La compétence des coordonnateurs, médiateurs partenariaux, au sein des Équipes Intervention Jeunesse (ÉIJ) au Québec : un savoir agir en contexte de complexités multiples*. Sherbrooke (Québec) : Louise Lemay, Université de Sherbrooke, 41 pages. Repéré en ligne à : <https://reijq.espaceweb.usherbrooke.ca/>
- Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé (2015). *Jalons du développement de la compétence Collaboration interprofessionnelle*.

Il y a 32 questions dans ce questionnaire.

1 (Cette question est obligatoire)

Je consens librement et volontairement à ce que mes réponses à ce questionnaire puissent être utilisées dans le cadre d'écrits scientifiques.

En tel cas, soyez assurés que les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

Votre réponse à cette question n'influencera en aucun cas votre participation ou les évaluations de votre cours.

Oui / Non

Partie 1 : Identification du participant

2 (Cette question est obligatoire)

Quel est votre nom?

3 (Cette question est obligatoire)

En ce qui a trait à votre parcours académique, quelle est votre discipline actuelle?

- Ergothérapie : Baccalauréat-Maîtrise professionnelle
- Ergothérapie : Étudiant gradué à la Maîtrise recherche
- Travail Social : 1ère année en Maîtrise professionnelle
- Travail Social : 2e année en Maîtrise professionnelle
- Travail Social : 1ère année en Maîtrise recherche
- Travail Social : 2e année en Maîtrise recherche
- Psychoéducation : 1ère année en Maîtrise professionnelle
- Psychoéducation : 2e année en Maîtrise professionnelle
- Autre (Précisez) :

Partie 2 : Autoévaluation des compétences interprofessionnelles

4

Dans la section qui suit vous devrez évaluer votre niveau de compétences interprofessionnelles (CIP) atteint pour chacun des six domaines de compétences définis dans le Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. À la différence du questionnaire pré-expérimentation, vous devez baser vos réponses sur l'activité interprofessionnelle que vous avez vécue lors du séminaire de maîtrise interdisciplinaire portant sur l'action intersectorielle et les jeunes en besoins multiples et complexes.

Pour chacune des compétences, vous devez justifier votre autoévaluation en énumérant des exemples de comportements observables que vous avez manifestés lors de l'expérimentation interfacultaire.

Ensuite, vous serez invités à estimer l'écart entre le niveau de compétence que vous avez mobilisé lors de l'expérimentation et votre niveau de compétence habituel ou connu, à partir de l'échelle suivante :

- Supérieur : J'ai présenté dans ce contexte, un niveau de compétences au-dessus de mon niveau habituel ou connu
- Équivalent : J'ai présenté dans ce contexte, un niveau de compétences équivalent à mon niveau habituel ou connu
- Inférieur : J'ai présenté dans ce contexte, un niveau de compétences en dessous de mon niveau habituel ou connu

Finalement, vous aurez à justifier cet écart.

5 (Cette question est obligatoire)

Compétence 1 : Travailler en collaboration

Indiquez le niveau que vous avez atteint.

- Niveau 1 : J'ai contribué au travail collaboratif dans les activités de la formation en m'acquittant efficacement de mes tâches.
- Niveau 2 : J'ai contribué au travail collaboratif en identifiant les opportunités de collaboration.
- Niveau 3 : J'ai contribué au travail collaboratif en m'acquittant efficacement de mes tâches en fonction d'un plan concerté.
- Niveau 4 : J'ai contribué à l'efficacité du travail collaboratif en impliquant les différents acteurs-clés et en suscitant leur contribution soutenue.

6 **Veillez donner au minimum une réponse**

Veillez justifier votre autoévaluation en ce qui a trait à la compétence 1 *Travailler en collaboration*.

- Comportement 1 :
- Comportement 2 :
- Comportement 3 :
- Comportement 4 :
- Comportement 5 :

7 (Cette question est obligatoire)

Estimez l'écart entre le niveau de compétence que vous avez mobilisé au cours de l'expérimentation (votre autoévaluation actuelle), comparativement à votre niveau de compétences habituel ou connu et déjà acquis avant l'expérimentation, en ce qui a trait à la compétence 1 *Travailler en collaboration*.

- Supérieur
- Équivalent
- Inférieur

8 (Cette question est obligatoire)

Veillez justifier cet écart observé.

9 (Cette question est obligatoire)

Compétence 2 : Clarifier les rôles

Indiquez le niveau que vous avez atteint.

- Niveau 1 : J'ai décrit mon rôle et celui des autres.
- Niveau 2 : J'ai agi dans le cadre de mon rôle et j'ai reconnu l'apport des autres

- Niveau 3 : J'ai adapté mon rôle en fonction des rôles des autres, et j'ai recherché leurs apports.
- Niveau 4 : J'ai adapté mon rôle en fonction de tous les acteurs impliqués et des divers modèles de prestations de soins et services.

10 Veuillez donner au minimum une réponse

Veillez justifier votre autoévaluation en ce qui a trait à la compétence 2 *Clarifier les rôles*.

- Comportement 1 :
- Comportement 2 :
- Comportement 3 :
- Comportement 4 :
- Comportement 5 :

11 (Cette question est obligatoire)

Estimez l'écart entre le niveau de compétence que vous avez mobilisé au cours de l'expérimentation (votre autoévaluation actuelle), comparativement à votre niveau de compétences habituel ou connu et déjà acquis avant l'expérimentation, en ce qui a trait à la compétence 2 *Clarifier les rôles*.

- Supérieur
- Équivalent
- Inférieur

12 (Cette question est obligatoire)

Veillez justifier cet écart observé.

13 (Cette question est obligatoire)

Compétence 3 : Communiquer avec d'autres

Indiquez le niveau que vous avez atteint.

- Niveau 1 : J'ai appliqué les principes de communication auprès d'interlocuteurs qui partagent des schèmes de référence similaires.
- Niveau 2 : J'ai identifié les difficultés de communication et j'ai envisagé différentes modalités de communication.
- Niveau 3 : J'ai adapté ma communication en vue d'une compréhension commune et j'ai utilisé différentes modalités de communication avec efficacité.
- Niveau 4 : J'ai suscité la réflexion sur le processus de communication avec divers acteurs-clé en vue de l'optimiser.

14 Veuillez donner au minimum une réponse

Veillez justifier votre autoévaluation en ce qui a trait à la compétence 3 *Communiquer avec d'autres*.

- Comportement 1 :
- Comportement 2 :
- Comportement 3 :
- Comportement 4 :
- Comportement 5 :

15 (Cette question est obligatoire)

Estimez l'écart entre le niveau de compétence que vous avez mobilisé au cours de l'expérimentation (votre autoévaluation actuelle), comparativement à votre niveau de compétences habituel ou connu et déjà acquis avant l'expérimentation, en ce qui a trait à la compétence 3 *Communiquer avec d'autres*.

- Supérieur
- Équivalent

- Inférieur

16 (Cette question est obligatoire)

Veillez justifier cet écart observé.

17 (Cette question est obligatoire)

Compétence 4 : Participer à la résolution de conflits

Indiquez le niveau que vous avez atteint.

- Niveau 1 : J'ai reconnu les conflits et j'ai apprécié leur nature potentiellement positive.
- Niveau 2 : J'ai contribué à la prévention et à la gestion de conflits en respectant les différents intervenants et en mettant en œuvre des stratégies individuelles.
- Niveau 3 : J'ai contribué, avec l'équipe, à la gestion de conflits.
- Niveau 4 : Je suis intervenu(e) de façon proactive en vue de la résolution de conflits

18 **Veillez donner au minimum une réponse**

Veillez justifier votre autoévaluation en ce qui a trait à la compétence 4 *Participer à la résolution de conflits*.

- Comportement 1 :
- Comportement 2 :
- Comportement 3 :
- Comportement 4 :
- Comportement 5 :

19 (Cette question est obligatoire)

Estimez l'écart entre le niveau de compétence que vous avez mobilisé au cours de l'expérimentation (votre autoévaluation actuelle), comparativement à votre niveau de compétences habituel ou connu et déjà acquis avant l'expérimentation, en ce qui a trait à la compétence 4 *Participer à la résolution de conflits*.

- Supérieur
- Équivalent
- Inférieur

20 (Cette question est obligatoire)

Veillez justifier cet écart observé.

21 (Cette question est obligatoire)

Compétence 5 : Exercer un leadership collaboratif

Indiquez le niveau que vous avez atteint.

- Niveau 1 : J'ai identifié des mesures qui favorisent la contribution distinctive de chacun.
- Niveau 2 : J'ai favorisé des relations de travail fondées sur l'interdépendance entre des individus ayant des schèmes de référence diversifiés.
- Niveau 3 : J'ai initié une démarche de concertation et de réflexion collective.
- Niveau 4 : Je me suis engagé(e) dans une démarche collective afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des pratiques de soins et services en collaboration.

22 **Veillez donner au minimum une réponse**

Veillez justifier votre autoévaluation en ce qui a trait à la compétence 5 *Exercer un leadership collaboratif*.

- Comportement 1 :
- Comportement 2 :
- Comportement 3 :
- Comportement 4 :

- Comportement 5 :

23 (Cette question est obligatoire)

Estimez l'écart entre le niveau de compétence que vous avez mobilisé au cours de l'expérimentation (votre autoévaluation actuelle), comparativement à votre niveau de compétences habituel ou connu et déjà acquis avant l'expérimentation, en ce qui a trait à la compétence 5 *Exercer un leadership collaboratif*.

- Supérieur
- Équivalent
- Inférieur

24 (Cette question est obligatoire)

Veillez justifier cet écart observé.

25 (Cette question est obligatoire)

Compétence 6 : Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté

Indiquez le niveau que vous avez atteint.

- Niveau 1 : J'ai identifié des moments où la contribution de la personne ou de ses proches est importante.
- Niveau 2 : J'ai écouté avec respect les besoins exprimés par la personne ou ses proches.
- Niveau 3 : J'ai sollicité la participation de la personne ou de ses proches dans la planification, la mise en œuvre ou l'évaluation des soins et services.
- Niveau 4 : J'ai valorisé la contribution de la personne ou de ses proches en les considérant comme les experts de leurs propres expériences de vie responsables de la prise de décision.

26 **Veillez donner au minimum une réponse**

Veillez justifier votre autoévaluation en ce qui a trait à la compétence 6 *Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté*.

- Comportement 1 :
- Comportement 2 :
- Comportement 3 :
- Comportement 4 :
- Comportement 5 :

27 (Cette question est obligatoire)

Estimez l'écart entre le niveau de compétence que vous avez mobilisé au cours de l'expérimentation (votre autoévaluation actuelle), comparativement à votre niveau de compétences habituel ou connu et déjà acquis avant l'expérimentation, en ce qui a trait à la compétence 6 *Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté*.

- Supérieur
- Équivalent
- Inférieur

28 (Cette question est obligatoire)

Veillez justifier cet écart observé.

29 **Évaluation des facteurs contextuels en jeu**

Rappelons que la notion de compétence utilisée ici considère à la fois les dimensions individuelles en jeu, soit les habiletés de la personne, et les dimensions environnementales, soit les facteurs contextuels qui influencent l'exercice de ces habiletés dans un contexte donné. Les questions suivantes seront centrées sur ces facteurs contextuels qui ont influencé votre niveau de compétence tel qu'autoévalué dans le cadre de l'expérimentation interfacultaire.

30 Veuillez donner au minimum une réponse

Veillez identifier les différents aspects environnementaux ou contextuels qui ont influencé positivement l'activité interprofessionnelle que vous avez vécue lors de l'expérimentation interfacultaire (éléments facilitateurs).

- Exemple 1 :
- Exemple 2 :
- Exemple 3 :
- Exemple 4 :
- Exemple 5 :

31 Veuillez donner au minimum une réponse

Veillez identifier les différents aspects environnementaux ou contextuels qui ont influencé négativement l'activité interprofessionnelle que vous avez vécue lors de l'expérimentation interfacultaire (éléments nuisibles ou contraignants).

- Exemple 1 :
- Exemple 2 :
- Exemple 3 :
- Exemple 4 :
- Exemple 5 :

32 (Cette question est obligatoire)

Afin de développer davantage votre compétence de collaboration interprofessionnelle, que souhaitez-vous améliorer dans le cadre de votre pratique future? Expliquez votre réponse en vous appuyant sur votre autoévaluation précédente.

33 Veuillez donner au minimum une réponse

En prenant appui sur l'ensemble de vos expériences, proposez quelques pistes **au plan individuel** (habiletés à exercer) pour faciliter la CIP dans vos futurs contextes de collaboration.

- Piste 1 :
- Piste 2 :
- Piste 3 :
- Piste 4 :
- Piste 5 :

34 Veuillez donner au minimum une réponse

En prenant appui sur l'ensemble de vos expériences, proposez quelques pistes **au plan environnemental / contextuel** pour faciliter la CIP dans vos futurs contextes de collaboration.

- Piste 1 :
- Piste 2 :
- Piste 3 :
- Piste 4 :
- Piste 5 :

6.3.3 Annexe 14 : Q-BILAN : Questionnaire d'évaluation – Bilan de l'expérimentation

Questionnaire d'évaluation –Bilan de l'expérimentation interfacultaire

Contexte :

Ce questionnaire s'adresse aux étudiantes et étudiants qui participent au séminaire de maîtrise interdisciplinaire portant sur l'action intersectorielle et les jeunes en besoins multiples et complexes. Ces participants représentent l'une des trois disciplines suivantes : travail social, ergothérapie et psychoéducation. Ils sont réunis pour vivre ensemble une démarche expérientielle de deux jours, axée sur l'expérimentation des différentes étapes d'un processus d'action en partenariat (plan de services individualisés et intersectoriels (PSII)).

L'expérimentation interfacultaire de l'hiver 2019 s'inscrit dans l'un des trois cours suivants, selon la discipline de l'étudiante ou de l'étudiant participant :

- TRS 707 : Action intersectorielle et jeunesse en besoins multiples, dirigé par la Pre Louise Lemay
- ERG 765 : Jeunesse en besoins multiples et action intersectorielle, dirigé par la Pre Audrey Jeanne Beaudoin
- PSE 825 : Projet pilote : intervention intersectorielle, dirigé par la Pre Myriam Laventure

Objectifs visés :

La complétion de ce questionnaire par les étudiantes et étudiants leur permettra de :

1. Rendre compte de leur appréciation des différentes dimensions de l'expérimentation (organisation, contenu, pédagogie, etc.)
2. Autoévaluer l'atteinte de certains objectifs d'apprentissage visés en lien avec le contenu de l'expérimentation
3. Formuler des recommandations générales en vue d'optimiser les retombées d'une telle expérimentation.

Retombées :

L'évaluation réalisée et ses résultats auront des retombées à plusieurs niveaux :

Les étudiantes ou étudiants concernés ont l'opportunité de jeter un regard critique sur l'expérimentation interfacultaire vécue et sur les conditions qui favorisent ou font obstacle à leurs apprentissages dans un tel contexte;

Les professeurs responsables de ce séminaire s'appuient sur ces résultats pour ajuster leur co-enseignement de manière à optimiser les apprentissages réalisés par les participants dans le cadre de cette expérimentation;

Les données recueillies pourraient aussi, avec le consentement des participants, être utilisées plus largement dans le cadre d'écrits permettant de rendre compte de la démarche pédagogique et des résultats de cette expérimentation novatrice en milieu universitaire.

Date limite :

Le retour de ce questionnaire préexpérimentation est attendu, complété, **au plus tard le jeudi 28 mars**.

Informations :

Pour toute information relative au contenu de ce questionnaire, veuillez contacter Louise Lemay, Pre à l'École de travail social à l'adresse suivante :

louise.lemay@usherbrooke.ca

Pour des questions d'ordre technique reliées à l'utilisation de l'instrument, veuillez contacter Danaël Lambert, auxiliaire de recherche pour Louise Lemay à l'adresse suivante :

Danael.lambert@usherbrooke.ca

Il y a 17 questions dans ce questionnaire.

1 (Cette question est obligatoire)

Je consens librement et volontairement à ce que mes réponses à ce questionnaire puissent être utilisées dans le cadre d'écrits scientifiques.

En tel cas, soyez assurés que les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

Votre réponse à cette question n'influencera en aucun cas votre participation ou les évaluations de votre cours. Oui / Non

2 (Cette question est obligatoire)

Quel est votre nom?

3 (Cette question est obligatoire)

En ce qui a trait à votre parcours académique, quelle est votre discipline actuelle?

- Ergothérapie : Baccalauréat-Maîtrise professionnelle
- Ergothérapie : Étudiant gradué à la Maîtrise recherche
- Travail Social : 1ère année en Maîtrise professionnelle
- Travail Social : 2e année en Maîtrise professionnelle
- Travail Social : 1ère année en Maîtrise recherche
- Travail Social : 2e année en Maîtrise recherche
- Psychoéducation : 1ère année en Maîtrise professionnelle
- Psychoéducation : 2e année en Maîtrise professionnelle
- Autre (Précisez) :

Partie 2 : Bilan d'évaluation

4 Évaluation de la satisfaction des participants

Dans cette section, vous serez invité(e), pour chacune des dimensions de l'expérimentation, à préciser votre degré de satisfaction sur une échelle en 5 points.

5 (Cette question est obligatoire)

Dimensions reliées au temps

	Très satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Très insatisfait(e)
Temps alloué au travail en équipe interprofessionnelle	☐	☐	☐	☐	☐
Temps alloué aux plénières	☐	☐	☐	☐	☐
Temps alloué à la présentation des contenus théoriques	☐	☐	☐	☐	☐
Séquence des différentes activités	☐	☐	☐	☐	☐
Horaire de la journée	☐	☐	☐	☐	☐
Déroulement général de l'expérimentation	☐	☐	☐	☐	☐

6 (Cette question est obligatoire)

Dimensions reliées à l'espace

	Très satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Très insatisfait(e)
Lieu choisi pour l'expérimentation (département de psychoéducation)	☐	☐	☐	☐	☐
Local de classe utilisé pour les activités en groupe	☐	☐	☐	☐	☐

Local utilisé pour les travaux en équipe interdisciplinaire	☐	☐	☐	☐	☐
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

7 (Cette question est obligatoire)

Documentation et matériel utilisé (pertinence)

	Très satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Très insatisfait(e)
Les documents proposés en lecture préalable	☐	☐	☐	☐	☐
Vignette clinique de Dimitri	☐	☐	☐	☐	☐
Cahier du participant	☐	☐	☐	☐	☐
Diaporama sur la démarche PSII	☐	☐	☐	☐	☐
Cadre d'analyse écosystémique	☐	☐	☐	☐	☐
Formulaire PSII et son guide d'utilisation	☐	☐	☐	☐	☐
Autres documents (articles de loi, formulaire de consentement, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Diaporama sur la collaboration interprofessionnelle	☐	☐	☐	☐	☐
Questionnaire d'autoévaluation des CIP (pré-expérimentation)	☐	☐	☐	☐	☐
Questionnaire d'autoévaluation des CIP (post-expérimentation)	☐	☐	☐	☐	☐

8 (Cette question est obligatoire)

Dimensions pédagogiques

	Très satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Très insatisfait(e)
Exposés théoriques	☐	☐	☐	☐	☐
Exercice en équipe interdisciplinaire	☐	☐	☐	☐	☐
Exercice en équipe disciplinaire (Activités liées à l'identité professionnelle)	☐	☐	☐	☐	☐
Plénière en groupe	☐	☐	☐	☐	☐
Coanimation des plénières par les trois professeures	☐	☐	☐	☐	☐
Apport des comédiens-parents dans les équipes interprofessionnelles	☐	☐	☐	☐	☐

9 (Cette question est obligatoire)

Activités reliées à l'identité professionnelle

	Très satisfait(e)	Plutôt satisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	Plutôt insatisfait(e)	Très insatisfait(e)
Panel interdisciplinaire (14 mars 2019)	☐	☐	☐	☐	☐
Activité brise-glace (jour 1 ; 26 mars am) : présentation des disciplines	☐	☐	☐	☐	☐
Activité de rétroaction (jour 2, 27 mars pm): Identité professionnelle et reconnaissance des expertises disciplinaires respectives	☐	☐	☐	☐	☐

10 (Cette question est obligatoire)

Activités reliées à la démarche PSII

	Très	Plutôt	Ni satisfait(e), ni	Plutôt	Très
--	------	--------	---------------------	--------	------

	satisfait(e)	satisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)	insatisfait(e)
Exercice 1 : Identifier les forces et difficultés en lien avec les besoins de l'enfant (vignette)	☐	☐	☐	☐	☐
Exercice 2 : Reconnaître le défi de développer une vision commune des besoins prioritaires	☐	☐	☐	☐	☐
Exercice 3 : Identifier les ressources et contraintes reliées aux facteurs parentaux, familiaux et environnementaux (vignette)	☐	☐	☐	☐	☐
Exercice 4 : Partager l'analyse commune de la situation (liens d'interdépendance entre les facteurs en jeu)	☐	☐	☐	☐	☐
Exercice 5 : Réaliser la rencontre d'échanges préparatoires (pré-PSII)	☐	☐	☐	☐	☐
Exercice 6 : Réaliser la rencontre PSII avec les comédiens-parents	☐	☐	☐	☐	☐
Exercice 7 : Élaborer le formulaire PSII avec les comédiens-parents	☐	☐	☐	☐	☐

11 Évaluation de l'atteinte des objectifs de l'expérimentation

Dans cette section, vous serez invité(e) à vous prononcer quant à l'atteinte de différents objectifs reliés à l'expérimentation interfacultaire en sélectionnant l'option qui correspond à votre degré d'accord, sur une échelle en 5 points.

12 (Cette question est obligatoire)

Atteinte des objectifs en lien avec la démarche PSII

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
Je suis capable de reconnaître les situations qui requièrent un PSI-PSII	☐	☐	☐	☐	☐
Je connais les étapes de la démarche de PSI-PSII	☐	☐	☐	☐	☐
Je connais les grandes dimensions du cadre d'analyse écosystémique	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai été en mesure de participer collectivement à définir les forces et difficultés de l'enfant dans la situation complexe présentée	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai été en mesure de participer collectivement à définir les facteurs parentaux, familiaux et environnementaux qui influencent les besoins de l'enfant dans la situation complexe présentée.	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai été en mesure de participer collectivement à analyser la situation en établissant des liens d'interdépendance entre les facteurs en jeu dans la situation de l'enfant	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai été en mesure de participer collectivement à identifier les difficultés	☐	☐	☐	☐	☐

rencontrées au sein du partenariat lors des échanges préparatoires					
J'ai été en mesure d'apporter une contribution spécifique (en lien avec ma discipline) lors des échanges en équipe interprofessionnelle	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai été en mesure de participer collectivement à l'élaboration du PSII	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai été en mesure de rester centré(e) sur les besoins jugés prioritaires par le jeune et le parent (personnes concernées)	☐	☐	☐	☐	☐
J'ai été en mesure de préciser la nature de ma contribution professionnelle spécifique lors de la définition des actions/responsabilités des personnes impliquées dans le PSII	☐	☐	☐	☐	☐
Je connais les règles entourant la rédaction du formulaire de PSII	☐	☐	☐	☐	☐

13 (Cette question est obligatoire)

Connaissance des champs disciplinaires

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
L'expérience m'a permis de mieux saisir le spécifique des disciplines des autres étudiants avec qui j'ai collaboré	☐	☐	☐	☐	☐
L'expérience m'a permis de mieux reconnaître le spécifique de ma propre discipline	☐	☐	☐	☐	☐

14 (Cette question est obligatoire)

Atteinte des objectifs en lien avec les compétences interprofessionnelles

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
L'expérience m'a permis d'exercer de nouvelles compétences interprofessionnelles	☐	☐	☐	☐	☐
Les apprentissages que j'ai réalisés me seront utiles dans mon futur travail	☐	☐	☐	☐	☐
L'expérience m'a permis d'exercer de nouvelles compétences interprofessionnelles	☐	☐	☐	☐	☐

15 Retombées de l'expérimentation

Dans cette section, vous serez invité(e) à compléter des énoncés de manière à détailler les retombées de l'expérimentation interfacultaire.

16 (Cette question est obligatoire)

Ce que j'ai appris de plus significatif pour moi au cours de cette expérimentation, c'est :

17 (Cette question est obligatoire)

Ce que j'aimerais approfondir davantage, c'est :

Recommandations

18 **Partie 3 : Recommandations**

19 **Veillez inclure au moins un point fort et une justification.**

Selon vous, quels sont les principaux points forts de l'expérimentation qu'il faudrait absolument préserver à l'avenir. Justifiez votre proposition pour chacun des points forts soulevés.

	Points forts	Justifications
Point 1		
Point 2		
Point 3		
Point 4		
Point 5		

20 **Veillez inclure au moins un point à améliorer et une justification.**

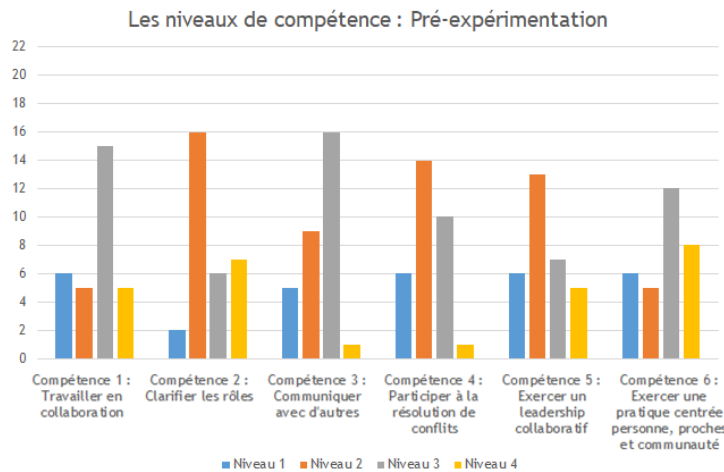
Selon vous, quels sont les principaux points à améliorer en vue d'une future expérimentation. Justifiez votre proposition pour chacun des points soulevés.

	Points à améliorer	Justifications
Point 1		
Point 2		
Point 3		
Point 4		
Point 5		

21 **(Cette question est obligatoire)**

Avez-vous d'autres commentaires ou recommandations à formuler?

6.3.4 Annexe 15 : Les niveaux de compétences (C) interprofessionnelles avant et après l'expérimentation, tels qu'estimés par les étudiants



Participants

- **Q- Pré ($\eta=31$)** : Ergothérapie (6), Psychoéducation (9), Travail social (16)
- **Q- Post ($\eta=30$)** : Ergothérapie (5), Psychoéducation (9), Travail social (16)

Quelques Faits saillants :

Au PRÉ, considérant les données cumulatives des niveaux 1 et 2 (moins élevés), les participants s'estiment moins compétents en regard des C suivantes

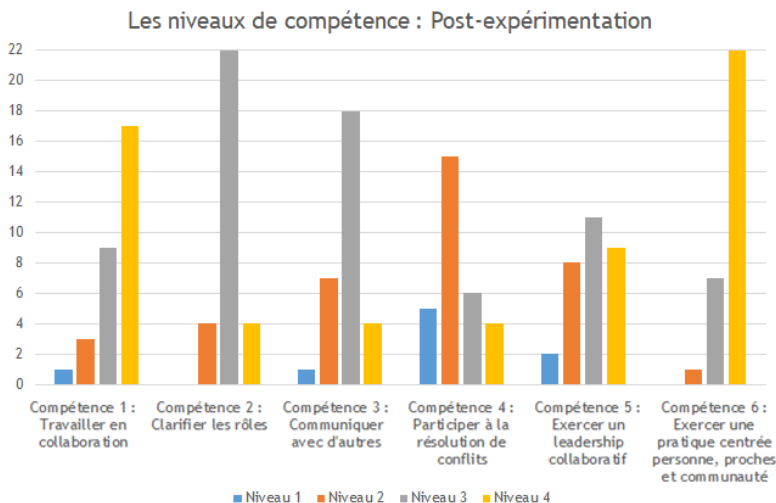
- C-4 Résolution de conflits ($\eta=20$)
- C-5 Leadership collaboratif ($\eta=19$)
- C-2 Clarifier les rôles ($\eta=18$)

En comparant les données cumulatives des niveaux 3 et 4 (plus élevés) au Pré et au Post, les C ayant connu la plus grande variation à la hausse lors du Post, sont par ordre d'importance :

- C-2 Clarifier les rôles
- C-6, Centration sur la personne.
- C-5 Leadership collaboratif

La C-4 Résolution de conflit est celle qui a connu le moins de variation et est marquée au total par une baisse (-1)

Dans tous les cas, on note une disparition du niveau 1 (pour 2 C/ 2, 6), ou une diminution (pour 4 C/ 1, 3, 4, 5) ; Le niveau 4 le plus élevé, a augmenté dans le cas de 5 CIP sur 6 (sauf C-2);

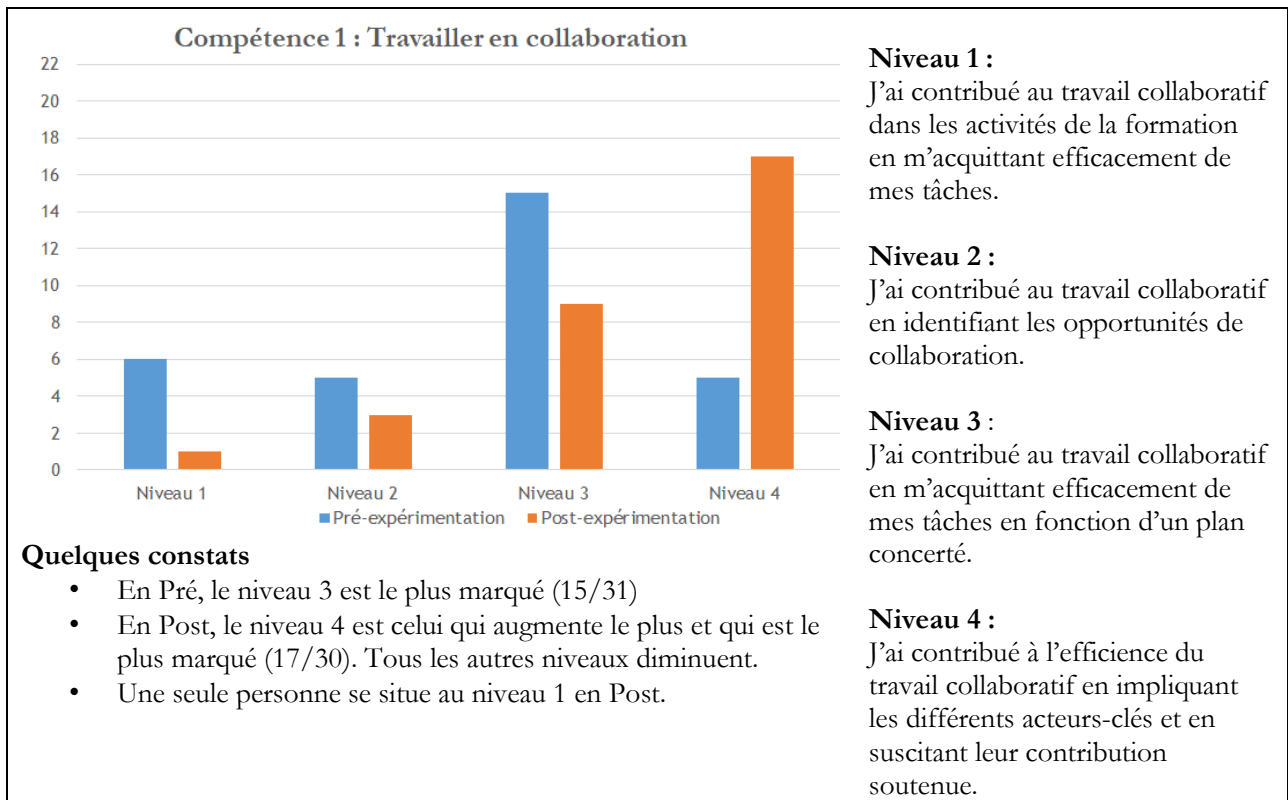


Quelques constats au Post-expérimentation :

Compétences estimées les + hautes au POST (cumul des données des niveaux 3 et 4)	Compétences améliorées au POST (comparaison des cumuls de données des niveaux 3 et 4)
C-6 : Centration sur la personne... ($\eta=29$)	C-2 : Clarifier les rôles (hausse de 13)
C-1 : Travailler en collaboration ($\eta=26$)	C-6 : Centration sur la personne. (hausse de 9)
C-2 : Clarifier les rôles ($\eta=26$)	C-5 : Leadership collaboratif (hausse de 8)
C-3 : Communiquer avec d'autres ($\eta=22$)	C-1 : Travailler en collaboration (hausse de 6)
C-5 : Leadership collaboratif ($\eta=20$)	C-3 : Communiquer avec d'autres (hausse de 5)
C-4 : Résolution de conflits ($\eta=10$)	C-4 : Résolution de conflits (baisse de 1)

- **C-2, Clarifier les rôles** : Absence de niveau 1 (- 2 étudiants); Augmentation du niveau 3 (+16 É); Diminution du niveau 4 (-3 étudiants) (situation atypique). Données cumulatives des niveaux 3 et 4 au post : $\eta=26$;
- **C-6, Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et sa communauté** : absence de niveau 1; grosse augmentation du niveau 4 (+ 14 étudiants). Données cumulatives des niveaux 3 et 4 au post : $\eta=29$;
- **C-5, Exercer un leadership collaboratif** : tendance à la hausse; baisse du niveau 1 (-4 étudiants) et du niveau 2 (- 5 étudiants); hausse du niveau 3 (+4 étudiants) et du niveau 4 (+ 4 étudiants). Données cumulatives des niveaux 3 et 4 au post : $\eta=20$;
- **C-1, Travailler en collaboration** : Importante augmentation du niveau 4 (+ 12 étudiants par rapport au pré). Données cumulatives des niveaux 3 et 4 au post : $\eta=26$;
- **C-3, Communiquer avec d'autres** : baisse du niveau 1 (-6 étudiants) et du niveau 2 (-2 étudiants) ; Augmentation du niveau 3 (+ 2 étudiants) et du niveau 4 (+ 3 étudiants). Données cumulatives des niveaux 3 et 4 au post : $\eta=22$;
- **C-4, Participer à la résolution de conflits** : baisse du niveau 1 (-1 étudiant) et du niveau 3 (-4 étudiants) ; hausse du niveau 2 (+ 1 étudiant) et du niveau 4 (+3 étudiants). Données cumulatives des niveaux 3 et 4 au post : $\eta=10$.

6.3.5 Annexe 16 : Compétence : Travailler en collaboration



Quelques exemples de compétences mobilisées chez les étudiants

- Affirmer la nécessité « de tous collaborer ensemble pour améliorer la situation » (P28-TS);
- « Souligner aux autres professionnels [leur] importance [...] dans le développement de l'enfant » (P29-TS);
- Participer aux échanges dans un esprit de partage : « S'assurer de prendre mon tour de parole tout en laissant les autres prendre le leur » (P11-PS.ED); « Demander les opinions des autres et partager les miennes aussi » (P27-TS);
- Prendre une place en fonction de son rôle; faire valoir son opinion professionnelle, argumenter;
- Collaborer « à rédiger un plan concerté » (P31-TS); « Proposer des moyens en lien avec mon rôle » (P28-TS); « Reconnaître mes limites » et « laisser la place aux autres intervenants » en temps opportun (P13-PS.ED); « Réaliser ses tâches en tenant compte et en respectant le plan d'action établi préalablement avec mon équipe » (P2-ERG);
- Interpeller, demander l'avis, l'éclairage ou expertise spécifique d'autres partenaires professionnels (P14-PS.ED); « Solliciter l'opinion des acteurs-clés lorsque [...] la limite de mon expertise » est atteinte (P29-TS);
- « Rechercher des opportunités pour mettre à contribution les spécificités de chaque acteur » (P18-TS ; « proposer » des actions ou une « prise en charge de tâches » (P26-TS) en fonction des « champs d'expertises » (P33-TS) et « champ d'action » (P20-TS) des autres professionnels : « susciter leur apport et contribution spécifiques » (P18-TS).

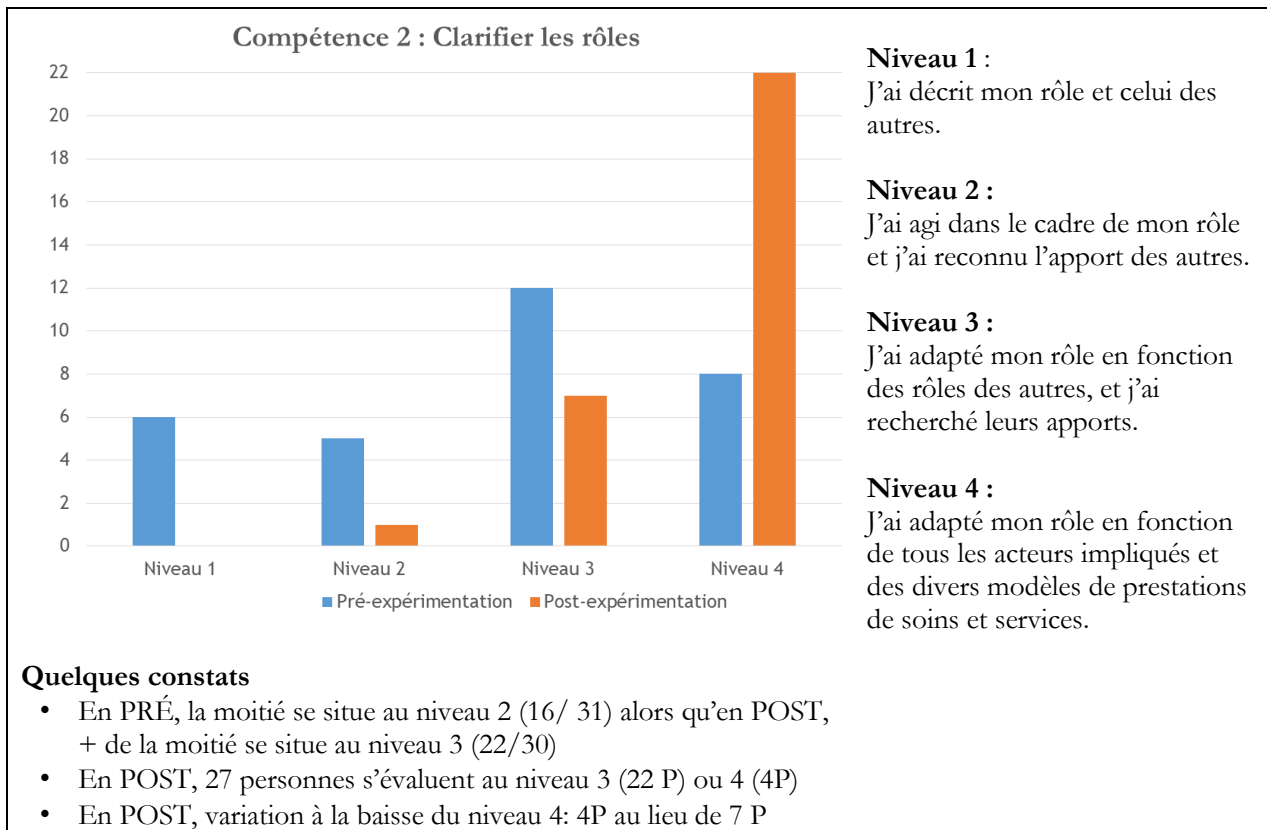
Raisons/conditions justifiant un écart positif ou vers un niveau supérieur ($\eta=17/30 : 56,7\%$)

- Le « contexte d'apprentissage » ou « d'expérimentation » permet d'être plus « à l'aise » pour « prendre sa place » (P22-TS), « faire des tentatives » (P25-TS), « de "se mouiller" davantage que dans un contexte de stage » (P13-PS.ED);
- Le contexte particulier d'interdisciplinarité de plan de service intersectoriel et d'élaboration de plan concerté offre l'opportunité de mettre en pratique la collaboration avec d'autres partenaires, (P2-ERG, P13-PS.ED, P14-PS.ED, P26-TS);
- Le contexte entre les collègues étudiants ; l'absence de « hiérarchie » (P27-TS), le sentiment d'être « aussi compétents qu'eux », permet d'être à l'aise, comparé aux « expériences de stage où j'étais un peu intimidée moins intimidée par les autres professionnels » (P5-ERG);
- Un contexte à l'abri des « tensions » ou émotions soulevées par « le lien avec la clientèle », « le choc des valeurs », « la gestion du risque difficile », ou d'autres obligations telles que les « fortes charges de travail et urgences » (P17-TS);
- Avoir eu l'opportunité d'adopter un rôle d'animation a permis de prendre davantage sa place et de s'assurer que les autres prennent la place qui leur revient, (P11-PS.ED), d'expérimenter « un nouveau rôle de favoriser les interactions » (P15-PS.ED);
- Avoir eu l'opportunité de mieux clarifier et comprendre rôles/mandats de chacun (ex. en rencontre Prépsi (P23-TS) permet de mieux « saisir de quelle manière je pouvais travailler en équipe » (P18-TS) « d'identifier les zones où il pourrait y avoir de la collaboration » (P33-TS).

Raisons/conditions justifiant un écart négatif ou vers un niveau inférieur ($\eta=3/30 : 10 \%$)

- Le rôle à jouer lors de l'expérimentation n'était pas aussi « majeur » que le rôle déjà expérimenté dans la pratique (P4-ERG);
- Un manque d'aisance faute d'expérience à collaborer avec les professions représentées dans l'expérimentation (P3-ERG);
- La difficulté à saisir les rôles des autres partenaires a « freiné la proposition de pistes de collaboration » (P20-TS).

6.3.6 Annexe 17 : Compétence : Clarifier les rôles



Quelques exemples de compétences mobilisées chez les étudiants

- « Connaître » et « bien saisir » comprendre son propre rôle/mandat spécifique; l'« expliquer clairement » « l'explicitier » (« intentions », « positionnement », « priorités d'intervention », « possibilités d'action »), voire le « défendre » (P4-ERG); pour « permettre aux autres de mieux comprendre son apport » (P12-PS.ED);
- Observer, écouter, questionner, s'informer, pour identifier ou clarifier le rôle, les expertises, « spécificités » contribution ou apports des autres partenaires; clarifier les « incompréhensions » liés à leur rôle (P26-TS) dans l'optique de: « Vérifier ses perceptions » (P32-TS), « Clarifier leur contribution » (P12-PS.ED); « ce qu'ils peuvent faire » (P28-TS) ou « observer dans la situation » (P28-TS), « Vérifier comment mettre à profit leur expertise » (P33-TS); « Discuter des zones qui se superposent » (P4-ERG) « Diminuer les zones grises » (P33-TS);
- Proposer des actions/interventions et agir dans le respect de son rôle/mandat; l'« Assumer son rôle » (P17-TS) « tout au long de la démarche » (P9-PS.ED) ou en « fonction des objectifs déterminés en équipe » (P10-PS.ED) ; Reconnaître « ses limites professionnelles » (P2-ERG, P23-TS) ; ne pas s'imposer dans les champs de connaissances » qui ne sont pas les siens (P21-TS);
- « Prendre en compte le rôle des autres » (P20-TS); « Respecter les expertises » (P26-TS); « Chercher leur apport », (P11-PS.ED) ou « possibilités d'apport » (P9-PS.ED); « Susciter la participation » (P11-PS.ED) « Interpeller ses collègues pour certaines tâches qui peuvent faire partie de leur rôle » (P10-PS.ED); « aller chercher les forces des autres » (P23-TS); « mettre à profit l'expertise de chacun » (P15-PS.ED);

- « Amener le parent à prendre son rôle » (P10-PS.ED); « Aller chercher son apport » (P13-PS.ED) « Être sensible à ce que le parent vit » et « s'y adapter ». (P13-PS.ED); s'assurer que tous « prennent en compte la réalité de la famille » et s'assurent du « réalisme des moyens » prioritaires (P11-PS.ED);
- « S'adapter » voire « adopter un rôle » différent selon la situation et les besoins, en fonction d'une demande des partenaires (P27-TS) ou de ce qui est « envisagé en travail partenarial » (P18-TS); ou devant l'absence de partenaires (P15-PS.ED), et des « besoins non répondus » (P5-ERG) ou quand des tâches ne sont « pas couvertes » par d'autres (P19-TS);
- « Adapter son rôle » pour assurer une « complémentarité » (P18-TS P26-TS) et synergie des rôles, « Chercher à voir [...] les manques et zones de complétudes pour situer son action » (P31-TS), « se compléter » (P17-TS) éviter de dédoubler, (P18-TS) ou répéter (P31-TS) ; s'« Assouplir », « voir plus large » et chercher comment travailler pour avoir « un effet domino plus grand » (P16-PS.ED); « Sortir de son mandat » pour répondre aux « priorités de l'équipe et du parent » (P27-TS).

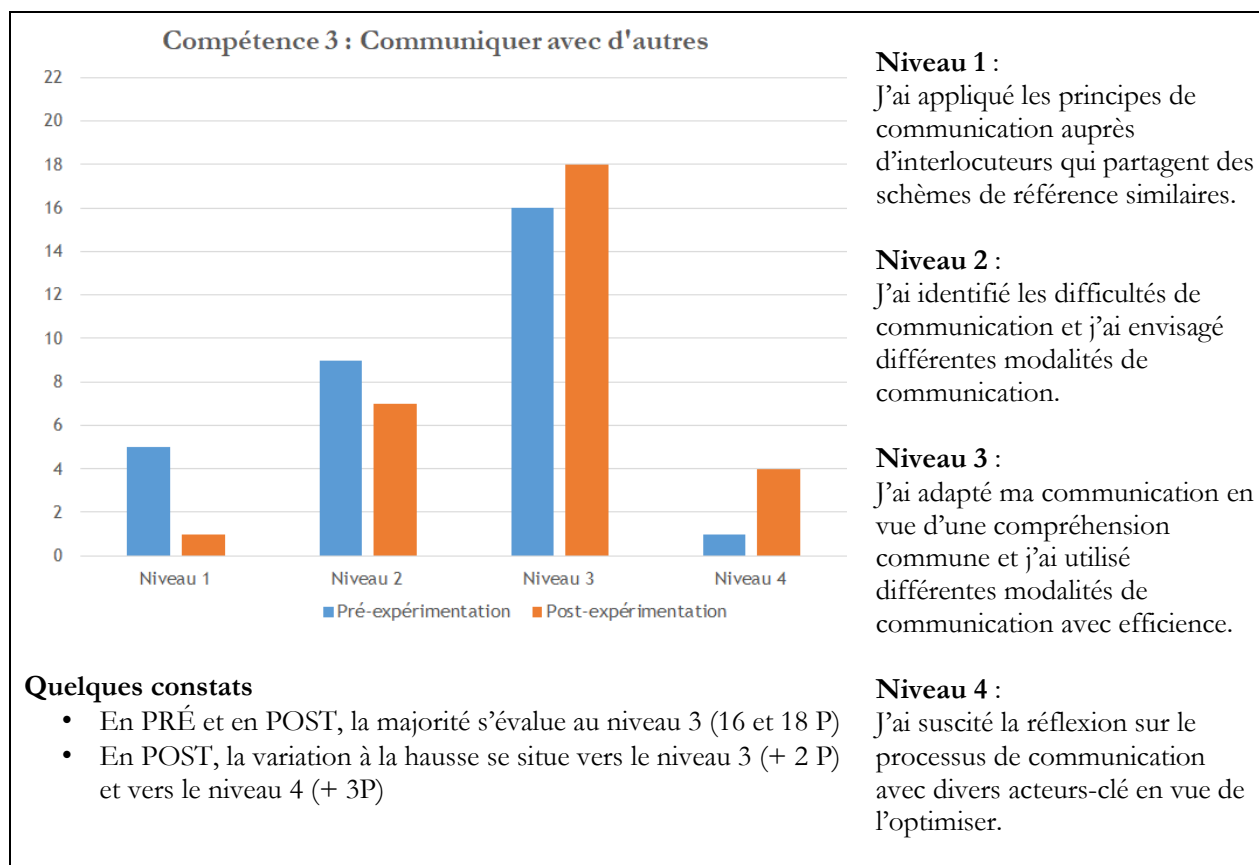
Raisons/conditions justifiant un écart positif ou vers un niveau supérieur ($\eta=18/30$: 60%)

- Le contexte d'apprentissage/d'expérimentation a permis de « se sentir plus à l'aise » (P28-TS), de « poser des questions » (P5-ERG, P15-PS.ED) « d'expérimenter l'affirmation de son rôle », (P22-TS) de « prendre de l'assurance » (P22-TS);
- Il est plus facile d'« adapter son rôle » dans un contexte d'expérimentation sans « contraintes réelles » (P1-ERG), « D'habitude, dans ma pratique, j'évite de combler les trous de rôles laissés par des collègues pour ne pas me surcharger » (P19-TS);
- Le contexte offrait la possibilité de « mieux cerner » (P5-ERG) ou « comprendre » (P8-PS.ED) son propre rôle, « marge de manœuvre possible » (P18-TS) et « d'éclairer les différents rôles des autres professions » (P14-PS.ED) et de « savoir ce qu'ils peuvent apporter » (P23-TS) a permis « ainsi de mieux assumer » son rôle (P5-ERG, P28-TS) et de « mieux l'adapter » moins à l'affût des organismes, il reste que certaines zones grises demeurent dans nos professions). (P15-PS.ED, P18-TS P30-TS). Il en résulte une « meilleure maîtrise de mon identité professionnelle » (P26-TS);
- La méthodologie d'apprentissage proposée : « le fait de devoir faire le processus au complet, chacune des étapes » ; elles « me paraissent maintenant primordiales à mon travail au quotidien » (P12-PS.ED);
- La « réputation » (sociale) « bien établie » (avec des « lacunes ») d'une profession, facilite l'exercice du rôle (ex. « la réputation des travailleurs sociaux en protection de la jeunesse ») (P33-TS).

Raisons/conditions justifiant un écart négatif ou vers un niveau inférieur

- Le manque de compréhension de certains rôles (P3-ERG, P31-TS), ou de connaissances de la « mission » et des « ressources » d'un professionnel dans une structure/organisation donnée (P20-TS);
- Le rôle joué lors de l'expérimentation est moins important comparativement au rôle exercé auparavant (stage) (P4-ERG).

6.3.7 Annexe 18 : Compétence : Communiquer avec les autres



Quelques exemples de compétences mobilisées chez les étudiants

- **Savoir communiquer en contexte de rencontres :** Respecter les tours de paroles (P26-TS) ne pas couper la parole, P31-TS; « Permettre à l'autre de « finir son idée » (P31-TS); « Prendre la parole lorsque requis (P25-TS); Partager « sa vision des choses » (P13-PS.ED); Savoir « défendre ses points » (P28-TS);
- **Adopter une attitude favorable à la communication :** respect, (P17-TS, P13-PS.ED) non jugement, P17-TS) empathie (P17-TS), « non-verbal ouvert à communiquer » (P13-PS.ED), reconnaissance des forces (P17-TS P25-TS P33-TS);
- **Communiquer avec le parent** de manière « claire » (P10-PS.ED), « compréhensible» (P15-PS.ED); s'assurer qu'il comprenne bien tout « ce qui est dit en rencontre » (P16-PS.ED), Utiliser des outils (ex : dessin) pour faciliter sa compréhension (P12-PS.ED); s'assurer qu'il se « sente à l'aise de questionner » (P15-PS.ED); clarifier ses « attentes » et s'assurer « que tous aient bien compris » et qu'il « se sente compris » (P9-PS.ED); S'assurer aussi qu'il comprenne les préoccupations transmises par l'intervenant concernant l'enfant (P12-PS.ED);
- **Écouter et considérer les points de vue (propos, idées, opinions, contre-argumentations), des autres partenaires** (10) Demander des précisions, clarifications, reformulations pour mieux comprendre (P8-PS.ED; P11-PS.ED P15-PS.ED); Nommer son incompréhension « d'un terme » (P15-PS.ED), « Demander des précisions » (P11-PS.ED) et « des clarifications » (P15-PS.ED) pour « s'assurer de bien comprendre leurs perceptions» (P15-PS.ED) ou « point de vue » (P11-PS.ED);

- **Utiliser des techniques de communication** : reformulation (7), résumé (1), reflet (3) retours, (1) « synthèses » (4) ; « **S'assurer [d'être] bien compris** » par tous (P4-ERG); « Vérifier la compréhension des partenaires face à ses propos » (P18-TS);
- **Reconnaitre ou Souligner les problèmes relatifs à la communication ou à la manière de communiquer** ; et « questionner » sur les actions à mettre en place par la suite (P9-PS.ED) ; « Rechercher des moyens » dans un but « d'optimisation de la communication » (P2-ERG) Reconnaitre que le parent « n'apprécie pas la manière dont on s'adresse à lui » et « Modifier sa façon de communiquer » afin de « rétablir la confiance » et qu'il « se sente bien » (P14-PS.ED);
- « **Adapter** » sa communication, son langage au profit de tous (partenaires et parents) ($\eta=16$): Éviter « les jargons » propres à sa discipline ou pratique; Expliquer les termes employés ou « employer un synonyme »; « Vulgariser »; Utiliser un « vocabulaire partagé », « un langage accessible » « clair », des « mots plus simples » « plus familiers », les « mots de la personne »; « Donner des exemples clairs » et « concrets ». Le but est « d'avoir un langage commun » (P8-PS.ED), d'assurer une bonne compréhension du parent » (P22-TS) une compréhension commune » (P5-ERG) et « une meilleure communication entre chaque acteur » (P18-TS).

Raisons/conditions justifiant l'absence d'écart entre le pré et le post (la majorité : $\eta=19/30 : 63,3\%$)

- Aucune raison n'est rapportée ($\eta=5$);
- Cette compétence a été expérimentée au préalable dans d'autres contextes (ex. stages, travail, etc.) (6) (P1-ERG, P16-PS.ED, P19-TS, P23-TS; P25-TS, P30-TS);
- Cette compétence relève d'une facilité ou tendance naturelle chez la personne (4) (P10-PS.ED, P22-TS, P10-PS.ED, P33-TS);
- Une « bonne communication », et le « souci des communications efficaces et claires » est une de ses valeurs (1) (P2-ERG).

Raisons/conditions justifiant un écart positif ou vers un niveau supérieur ($\eta=10/30 : 33,3\%$)

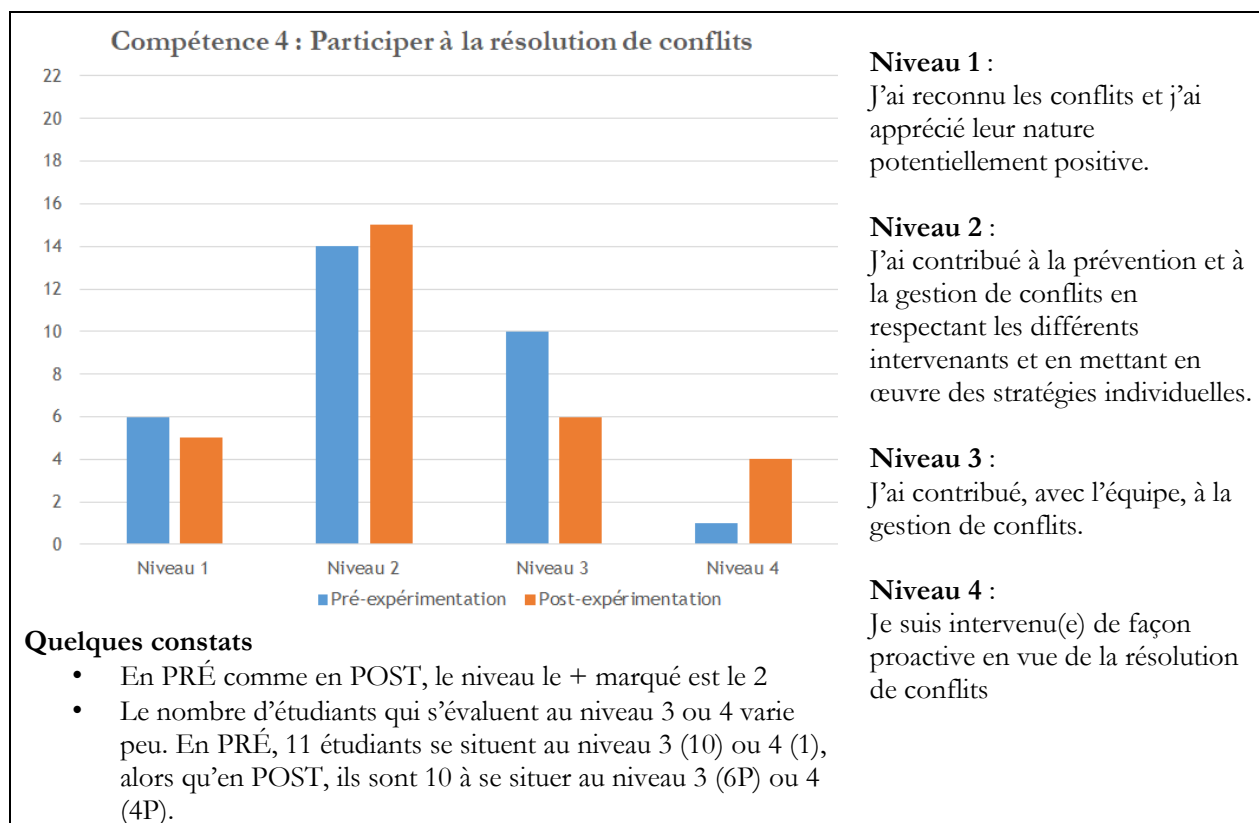
- La possibilité d'expérimenter le rôle d'animer (P11-PS.ED, P15-PS.ED, P29-TS). Ce rôle d'animation a permis de : « Interpeller les autres partenaires dans la discussion » (P11-PS.ED); « Proposer des règles pour assurer une bonne communication » : aide le parent à s'ouvrir » davantage « Mettre à profit plusieurs modalités de communication efficaces (p.ex.: reformuler, diriger les interactions, faire des synthèses fréquentes) » (P15-PS.ED); Prendre davantage « d'expérience » ou de « confiance » en ses capacités (dans un rôle d'animateur ou de participant) (P8-PS. ED P29-TS); Sentir que « j'avais à cœur que les échanges évoluent et soient inclusifs » (P29-T);
- Un contexte moins complexe en raison d'une « équipe réduite » et d'une « meilleure division des tâches » (P26-TS);
- Les discussions en plénière : des contextes favorables pour clarifier des éléments de communication « pouvant porter à confusion » (P18-TS);
- Vivre l'expérience et être confronté à certaines difficultés ont mené à de nouvelles prises de conscience et à la mobilisation de nouvelles compétences. Par exemple :
 - « Repérer », « nommer une difficulté sur le plan de la communication » conduit à « vérifier comment être plus productif » (P9-PS.ED);
 - « Prendre conscience du processus de communication plus ou moins efficace » (P4-ERG) ou effectuer dans l'action un « processus réflexif », a permis de s'ajuster « afin que la communication soit optimale pour tous » (P4-ERG);
 - Vivre l'expérience permet de comprendre l'importance « de communiquer entre professionnels de façon efficace » (P13-PS.ED) : « je communique maintenant davantage dans un but de partager pour avoir une vision commune [...] plutôt que de communiquer pour convaincre » (P13-PS.ED);

- Être confronté au fait de « ne pas comprendre ce que l'autre [ergothérapeute] veut dire » a conduit à se « mettre à la place du parent », à prendre conscience des impacts de son langage professionnel (incompréhension, difficulté du parent à oser demander de clarifier) et à s'assurer de la compréhension du parent « à plusieurs reprises » en situation de « doutes » (P12-PS.ED);

Raisons/conditions justifiant un écart négatif ou vers un niveau inférieur ($\eta=1$) ou équivalent $\eta=1$)

- Le manque « d'organisation ou de plan bien défini » (P3-ERG) a moins permis d'utiliser certaines modalités de communication (ex. recadrage) (P3-ERG);
- Le manque de temps pour se préparer à jouer son rôle : être « prise de court » et devoir « improviser » vu la décision prise sur le champ à l'effet d'animer (P17-TS).

6.3.8 Annexe 19 : Compétence : Participer à la résolution des conflits



Introduction

Notons qu'en dépit d'une mise en situation qui précisait les tensions et conflits en présence au sein du partenariat (incluant le parent), quatre étudiants, mentionnent qu'il « n'y a pas eu de conflit » ou qu'ils n'en ont « pas vécus ». De plus, six personnes reconnaissent que devant une situation conflictuelle, elles l'ont « évitée », n'ont « pas osé jouer leur rôle » ou n'ont « pas tenté » d'intervenir, ni de « désamorcer » un conflit pour différentes raisons : la « peur », le manque de maîtrise des compétences liées au rôle, la présence du parent, le « souhait d'entendre les discussions » générées par le conflit.

Quelques exemples de compétences mobilisées chez les étudiants

- **Adopter une attitude « positive »** ou favorable à l'échange en prévention ou en situation de tension ou de résolution de conflits : écoute active, respect, non jugement, ouverture
- **Prévenir ou éviter les conflits** : « Assurer le bon fonctionnement » (P29-TS) de la rencontre ; « Établir des règles, au début » (P29-TS); « porter attention aux tours et les temps de parole » (P31-TS) « Communiquer au JE » (P17-TS) « Transmettre son opinion de façon factuelle » (P15-PS.ED); Porter « attention à la façon dont » ses « idées » et « son opinion » sont amenées (P16-PS.ED) « Rapporter du positif chaque fois » en même temps que du négatif « afin d'assurer un équilibre » (P17-TS);
- Reconnaître et nommer les situations de tensions/ conflits vécues ou observées
 - Reconnaître « que les divergences d'opinions cliniques sont correctes » (P14-PS.ED);
 - Nommer, partager, mettre de l'avant son malaise, ses frustrations, ses désaccords;

- Identifier et nommer les tensions/ différends ressenties ou observées entre des partenaires;
 - « Nommer la nécessité » de « parler » des tensions (P18-TS);
- Poser des actions pour participer à la résolution des tensions/conflits entre partenaires
 - Proposer des solutions pour résoudre les tensions/conflits (P8-PS.ED);
 - Face à un conflit sur les « tâches et responsabilités » : « clarifier qui fait quoi » (P12-PS.ED);
 - Demander aux partenaires en conflit, un « temps d'arrêt », les « questionner » et réorienter la discussion vers l'intérêt du jeune en leur proposant d'agir comme si le jeune était présent (P12-PS.ED).
- « Initier [...] la résolution d'un conflit en équipe » (P15-PS.ED);
 - Solliciter le point de vue de tout le monde, les inciter à l'exprimer
 - Reconnaître que les différentes opinions ou « hypothèses cliniques » sont « possibles » (P17-TS) Chercher les convergences, les compromis/consensus possibles face aux points de vue divergents, (P15-PS.ED P16-PS.ED P17-TS P23-TS P31-TS); « chercher à établir ensemble une vision commune » (P15-PS.ED), « proposer de conclure sur un choix [...] qui fait le plus de sens pour tous » (P11-PS.ED)
 - Suite aux efforts de résolution collective, vérifier auprès de tous « leur satisfaction de la rencontre », notamment les « attentes comblées ou non » pour « proposer des pistes de solutions pour prévenir d'éventuels conflits » (P15-PS.ED).
- Agir pour résoudre une situation de tension/conflit impliquant le parent :
 - « Planifier un plan de match pour revenir avec le parent sur » une tension vécue (P10-PS.ED);
 - Face au « parent peu ouvert aux solutions proposées » : tenter de lui faire sentir « que [tous] veulent faire équipe avec lui » (P33-TS);
 - Soutenir la résolution d'un conflit entre le parent et un autre partenaire (P21-TS, P30-TS, P32-TS); « Explorer le vécu du parent » et d'un partenaire impliqué dans un conflit (P32-TS); Permettre au parent « de ventiler à propos du conflit qui est survenu » (P32-TS); « Informer » un partenaire (« l'école ») « de la situation du parent » afin qu'il la « comprenne mieux » (P30-TS); « Éclaircir la situation globale du parent » pour permettre aux partenaires « de mieux comprendre les raisons de [ses] comportements » (P21-TS);
 - Organiser l'espace de manière à « rassurer [le parent] et le rendre plus disponible à collaborer et à résoudre les conflits » : « Planifier » que l'intervenante qui avait le meilleur lien avec le parent s'assied à ses côtés » (P10-PS.ED).

Raisons/conditions justifiant un écart positif ou vers un niveau supérieur ($\eta=11/30$)

- Le contexte d'expérimentation offre à des étudiants ayant peu ou pas d'expérience en situation de conflits, une opportunité nouvelle (présence de conflit) pour exercer cette compétence (P8-PS.ED P10-PS.ED);
- Le contexte de l'expérimentation permet « d'essayer » (P12-PS.ED), de dépasser ses peurs ou craintes habituelles (ex. « attaquer ou froisser l'autre ») et de participer à « la résolution de conflit » (P26-TS);
- Le fait de détenir un Rôle spécifique dans la situation clinique présentée (ex. « rôle de nommer les tensions » (P18-TS) ou « se sentir inclus dans le processus de décision » (P33-TS) « pousse » à « expérimenter » la résolution de conflits, à « partager son point de vue » (P33-TS), ses frustrations, nommer les tensions (P9-PS.ED, P18-TS);
- La présence d'autres professionnels offre une occasion d'apprendre par « modelage » sur « les bonnes façons d'adresser un conflit ou des tensions et sur les stratégies » à utiliser, et de se sentir plus outillée » (P2-ERG)

- Comparé à la réalité, les « tensions sont réduites plus facilement dans un contexte d'apprentissage, car les enjeux ne sont pas les mêmes » (P1-ERG).

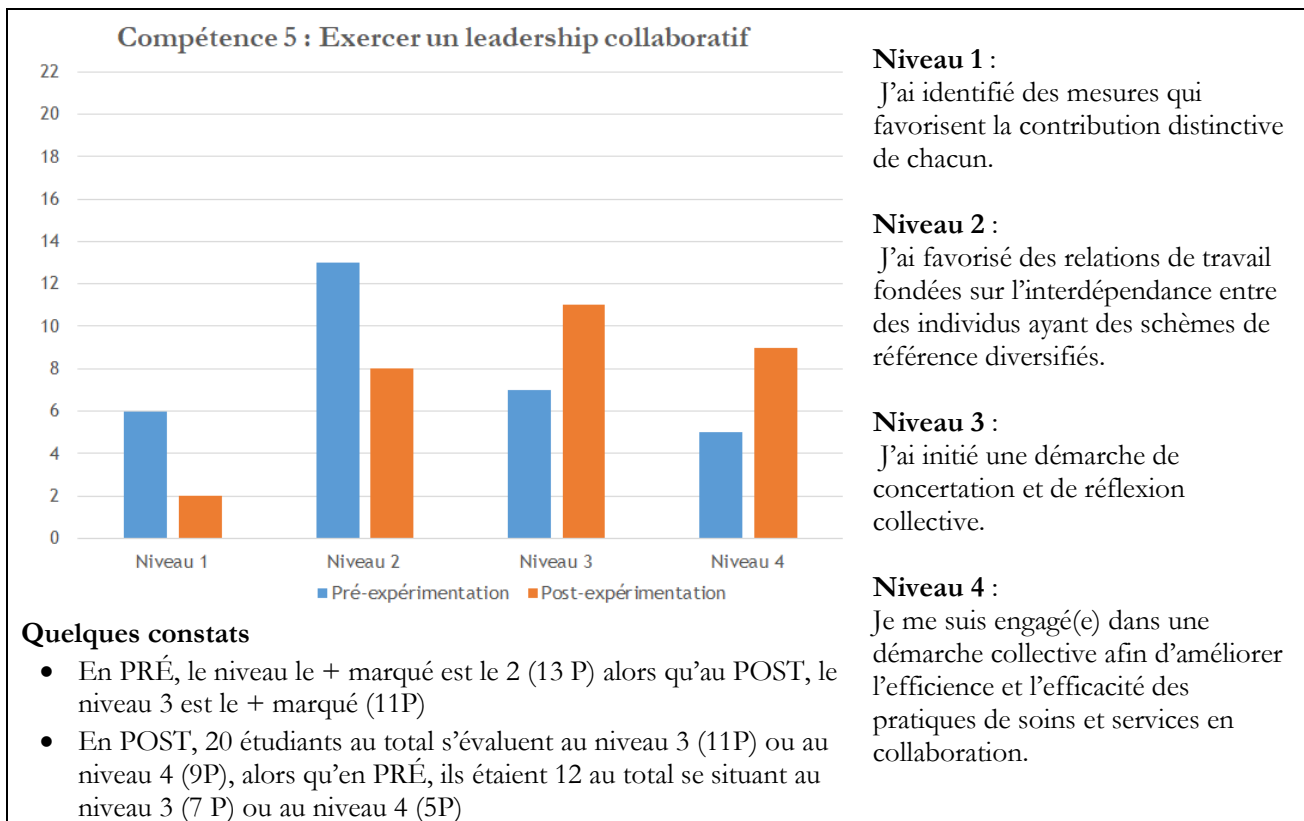
Raisons/conditions justifiant un écart négatif ou vers un niveau inférieur ($n = 6/30$; 20,0 %)

- L'absence de conflits lors de l'expérimentation (P4-ERG, P5-ERG) ou « d'occasions de conflit mettant en œuvre cette compétence » (P31-TS) : « Règle générale il n'y a pas eu de conflit » (P5-ERG), « nous n'avons pas vécu de conflits lors de l'expérimentation » (P4-ERG);
- Les partenaires ont « tous travaillé ensemble afin de les prévenir » (P4-ERG);
- « Dans un contexte réel, il y a plus de conflits » comparativement au contexte de l'expérimentation (P17-TS);
- Manque « de temps et d'opportunités » pour régler « un conflit surtout interne à moi-même » (P5-ERG).

Raisons/conditions justifiant l'absence d'écart (niveau équivalent) ($\eta=13/30$; 43,3%)

- Peu ou pas de conflits / tensions (P13-PS.ED P14-PS.ED P23-TS P25-TS) ou d'occasions (P3-ERG) lors de l'expérimentation (8). Les raisons mentionnées pour expliquer l'absence ou réduction de conflits : tendance vers le « consensus » (P14-PS.ED, P27-TS) ouverture d'esprit (P27-TS), écoute présente entre chaque participant (P20-TS), absence d'une intervenante de la DPJ concernée par un conflit (P14-PS.ED);
- Difficultés personnelles à face aux conflits : de « Nature gênée » (P27-TS), « difficulté à oser partager sa véritable opinion » ; « De manière individuelle, je ne m'affirme pas dans les conflits ». (P27-TS); « comme je ne veux pas déplaire, me tromper ou envenimer la situation, je me retiens à l'occasion d'exprimer mon désaccord. » (P15-PS.ED); difficulté « d'aborder de fronts des problèmes », réaction « défensive » et « tendance à vouloir les éviter » (P29-TS).

6.3.9 Annexe 20 : Compétence : Exercer un leadership collaboratif



Un peu moins de la moitié des étudiants estime que, suite à l'activité, leur niveau d'acquisition de la compétence *Exercer un leadership collaboratif* est demeuré « équivalent » à leur niveau de compétence habituel ($\eta = 14/30$; 46,7 %), alors que presque autant estime que ce niveau est « supérieur » suite à l'activité ($\eta = 13/30$; 43,3 %). Enfin, une faible proportion ($\eta = 3/30$; 10%) estime que ce niveau est inférieur à celui qu'il estimait avoir avant l'activité.

Quelques exemples de compétences mobilisées chez les étudiants durant l'activité

- Valoriser, « Faire ressortir » la pertinence de la collaboration, « le positif de travailler ensemble principalement pour le parent, même si ce dernier peut « être intimidé par la présence de plusieurs intervenants » (P10-PS.ED) et Mentionner « les expertises », « la pertinence » et « l'apport » de chaque partenaire (P2-ERG ; P10-PS.ED);
- Participer. Prendre « la place » qui est donnée (P16-PS.ED); « prendre la parole » (P25-TS); « Donner son point de vue », « sa vision de la situation » (P11-PS.ED, P15-PS.ED P28-TS) (ex : sur « les conditions environnementales » du parent, sur les étapes du processus ») (P28-TS); « Participer activement aux discussions » (P15-PS.ED-P33-TS); « favoriser le partage de son expertise » (P25-TS)
- « Écouter le point de vue des autres » (P15-PS.ED); « se mettre à l'écoute de l'expertise des collègues » (P25-TS);
- Solliciter/interpeller/demander le « point de vue », « l'opinion » ou la « position » de chacun, s'assurer que tous puissent s'exprimer et participer aux discussions ($\eta = 11$): « Solliciter le point de vue de chaque personne autour de la table » (P15-PS.ED) S'assurer que tous puissent « prendre la parole » (P33-TS); « Aller chercher l'opinion de tout le monde malgré des « schèmes de référence différents » (P3-ERG); « Doser entre l'écoute et la participation pour laisser la place à tous de s'exprimer » (P9-PS.ED);

- Exercer un « leadership de manière implicite » en « prenant la position basse » : « c'est moins confrontant et que cela permet une bonne participation collective ». (P26-TS);
- Vérifier /valider « l'accord des autres » ou « susciter des discussions » autour de ses propositions (ex. vision de la situation, pistes d'action ou d'intervention, mode de fonctionnement) (P11-PS.ED ; P15-PS.ED; P21-TS; P33-TS);
- « Initier les discussions et réflexions » (P11-PS.ED P15-PS.ED) : Proposer une réflexion sur les « besoins identifiés » avant de prioriser (P21-TS); « Poser des questions d'approfondissement lorsque requis » (P25-TS); nommer d'autres facteurs à prendre en considération dans l'analyse (ex. origine ethnique) (P17-TS) « Initier des conflits pour générer des réflexions constructives sur des enjeux éthiques » (P19-TS) adopter « une vision plus macro pour y inclure les diverses postures et compréhension du problème » (P31-TS);
- Contribuer à la clarification et au partage des rôles/expertises/leadership en fonction des besoins : « Sortir de son « mandat » pour tenir compte des priorités » (P27-TS); « Revenir beaucoup sur le partage des rôles » (P10-PS.ED); S'assurer que le leadership est pris en fonction de la « profession » ou de l'expertise » (le prendre comme le laisser aux autres) (P9-PS.ED) : « Prendre davantage le leadership » lorsque le sujet rejoint son expertise (P9-PS.ED) ; « Laisser le leadership » aux personnes lorsque le sujet touche plus leur profession » (P9-PS.ED);
- Proposer des actions, démarches ou partenariats qui tiennent compte des objectifs : Proposer des solutions qui peuvent « évoluer vers [d'autres] collaborations » (P29-TS); « prendre les devants pour proposer des moyens d'interventions » pouvant être mis en place dans d'autres milieux (ex. école) (P9-PS.ED); Se proposer pour collaborer plus étroitement avec un professionnel lorsqu'il y a possibilité d'agir « vers des objectifs communs » (P4-ERG); Faire des liens entre les propos des partenaires et les actions devant être accomplies par chacun (P28-TS); « Contribuer à l'élaboration d'un PSII pertinent et en harmonie avec les visions et pratiques de chacun des intervenants » (P5-ERG);
- Exercer le rôle d'animer ou coordonner la démarche ou la rencontre PSII (P 3, 8, 11, 12, 15, 19, 22, 26, 27, 28); « Appuyer le « leadership » ou être « en complément » (P20-TS);
- Organiser /structurer le fonctionnement /déroulement de la rencontre : S'assurer de la clarté des objectifs et du processus : Nommer « les objectifs » de la rencontre. (P22-TS); Assurer la « clarté du processus » (ex : « étapes de prise de décisions ») (P31-TS); présenter « la procédure » (P8-PS.ED); « Instaurer un climat de collaboration » ; « rendre tout le monde à l'aise » (P8-PS.ED); Assurer la « gestion du temps » (P26-TS) ou la déléguer (P15-PS.ED); Donner/ Assurer les tours de parole (P31-TS P14-PS.ED);
- Animer/ ramener/ recentrer les discussions/échanges (5) sur la « démarche », « l'objectif de l'étape », le « sujet à traiter » ou « l'intérêt de l'enfant » : Référer à « un plan sous les yeux » pour « ramener les discussions » (P13-PS.ED); « Ramener à l'intérêt de l'enfant pour guider notre démarche réflexive » (P18-TS); « ramener à l'ordre et au sujet à traiter lorsqu'une personne s'égare hors du point » (P31-TS). « Prendre le temps de s'assurer de la compréhension de chacun » (P23-TS; Faire des retours » sur les propos des partenaires (P25-TS); « Questionner le choix de l'objectif dans l'intérêt de l'enfant » et inviter à se mettre de son point de vue (P32-TS); « Générer un consensus autour de certains besoins » (P19-TS);
- Agir dans le but d'optimiser la démarche ou les services : dans le but d'optimiser la démarche ou les services : « Avoir le souci que les discussions soient efficaces » (P12-PS.ED) Utiliser son leadership « pour que la rencontre soit efficiente » (P13-PS.ED); « Réfléchir ensemble comment optimiser les services » : « se questionner pour chacune des tâches à accomplir qui est la personne la « mieux positionnée » considérant son « rôle », « mandat » ou « contexte de pratique » (P1-ERG); « Contribuer à l'élaboration de moyens efficaces et optimaux concernant la spécificité et le mandat de chacun » (P5-ERG);
- Exercer plus spécifiquement son leadership collaboratif avec ou en fonction du parent : Demander au parent s'il accepte d'être accompagné et soutenu dans les démarches (P21-TS); « Demander à chacun

« de se présenter pour que ce soit clair pour » le parent (P27-TS); Proposer d'aménager l'espace pour régler un malaise du parent (« être assis plus loin que les autres ») (P17-TS); « Affirmer » « les forces du parent », ce qui « n'est pas ciblé par les autres » participants (P22-TS); Demander l'opinion et la perception du parent lorsque sa participation est plus faible (P13-PS.ED) « dans leur communication avec le parent (« vulgarisation » de leurs propos) (P16-PS.ED).

Raisons/conditions justifiant un écart positif ou vers un niveau supérieur ($\eta=13/30$)

- **Raisons associées à contexte différent du contexte réel** (4). Le contexte permet « d'être plus à l'aise » qu'en contexte réel, pour prendre une place dans l'équipe et jouer un rôle de leadership: par ex. pour « communiquer, taquiner, émettre des propositions » (P33-TS). Il ne présente pas les mêmes contraintes (« liste d'attente » ; « réelle charge de travail associée aux décisions ») (P1-ERG). Les collaborateurs sont des étudiants plutôt que de professionnels détenant une plus grande « expertise » (P4-ERG), « ancienneté et expérience » (P13-PS.ED);
- **Raisons associées aux aspects pédagogiques** : L'objectif visé par l'expérience « est la collaboration » (P33-TS). L'attribution de rôle / mandat/ fonctions (6) offre l'opportunité, voire oblige, à « pratiquer le leadership » (P26-TS), « prendre un rôle de leader » (P28-TS) en exerçant des fonctions « d'animateur », « d'intervenant prioritaire » (P22-TS), « d'intervenants pivot » (P26-TS), de « coordonnateur de PSII » (P26-TS) et de « développer des techniques pour animer de façon plus efficiente » (P12-PS.ED);
- **Raisons /conditions liées aux caractéristiques personnelles** (2) (P27-TS P28-TS) : « meilleure identité professionnelle et confiance en soi » (P28-TS); « reconnaissance de la nécessité de collaborer » (P27-TS).

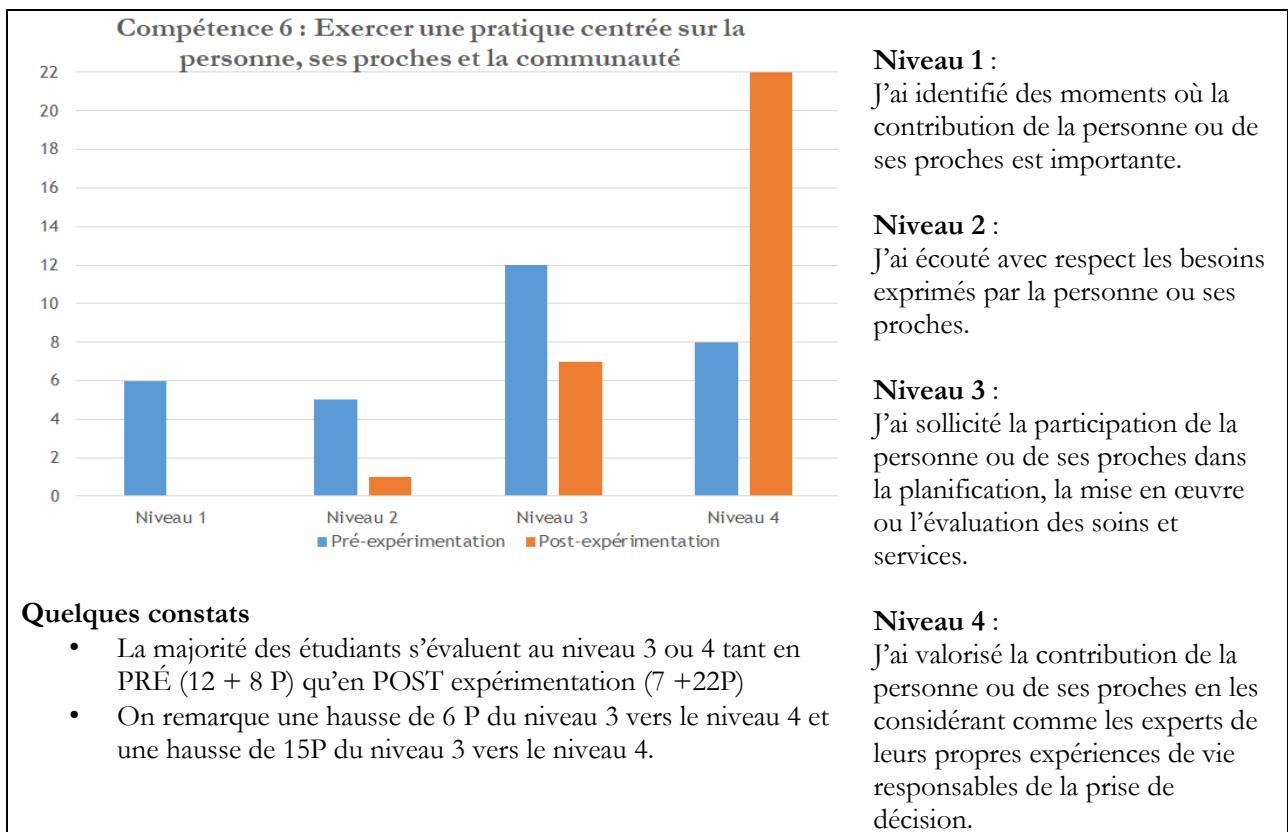
Raisons/conditions justifiant un écart négatif ou vers un niveau inférieur ($\eta=3/30$)

- Le recours à une « vignette fictive » (P3-ERG); ou à du « théâtre » (P17-TS) : ce contexte « limite l'engagement dans la démarche collective d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des pratiques de soins et services en collaboration » (P3-ERG); ou « enlève beaucoup d'éléments de la vraie vie de situation de collaboration » (P17-TS);
- Le « temps très limité des activités » n'a pas permis de « discuter des modalités de communication » ni de les valider afin de « maintenir la collaboration de façon efficace » (P17-TS);
- Le fait d'être « plus ou moins à l'aise avec la démarche » et « moins en contrôle des notions théoriques », moins « préparé » comme en contexte réel, pousse à être plus réservé et à laisser la place aux autres partenaires plus en confiance (P16-PS.ED).

Raisons/conditions justifiant l'absence d'écart ou un niveau « équivalent » ($\eta=14/30$)

- Pas de raison évoquée : (P5-ERG ; P21-TS; P31-TS);
- **Raisons liées à des caractéristiques individuelles** : 1) Valeurs. « Partir de la volonté et de ce qui est exprimé représente une valeur forte chez moi et j'ai été contente de défendre mon point de vue (malgré les divergences d'opinion) ». (P32-TS), 2) Force ou difficulté naturelle : Exercer un leadership a « toujours été une de mes forces » (P15-PS.ED); ou inversement : Manque d'aisance naturelle face à un rôle de leadership (P23-TS). 3) Expérience : Détenir davantage « d'expérience pratique » et « une identité professionnelle mieux définie » que ses collègues étudiants (P10-PS.ED); Avoir déjà acquis ces compétences dans le passé (P15-PS.ED; P9-PS.ED) ou ayant pu les « consolider » (P15-PS.ED) ou inversement, avoir « Peu d'expérience » face à la démarche ou « procédure » et donc « moins en confiance » (P14-PS.ED);
- **Raisons liées au contexte** : 1) le but de l'expérience étant de collaborer, « tous travaillaient déjà en ce sens » (P2-ERG), « le leadership s'est fait naturellement » (P30-TS); 2) le leadership était assumé par la personne ayant le rôle d'animer la rencontre, (P20-TS).

6.3.10 Annexe 21 : Compétence : Exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches et la communauté



Constats.

- Au terme de l'activité, la grande majorité des étudiants ($\eta=22/30$; 73,3% estime se situer à un niveau 4 et se répartit ainsi : 5 /5 (ergothérapie), 13/16 (travail social) et 4/9 (psychoéducation). Un peu moins du quart ($\eta=7/30$; 23.3%) s'autoévalue à un niveau 3 et Aucun ne s'évalue au niveau 1.
- Suite à l'expérimentation, la majorité des étudiants ($\eta=18/30$: 60%) estime que leur compétence « Se centrer sur la personne, ses proches et la communauté » se situe à un « niveau supérieur » au niveau déjà acquis avant l'expérimentation, alors que moins de la moitié ($\eta=12/30$) estime que ce niveau de compétences est « équivalent ». Aucun n'estime se situer à un « niveau inférieur ». Suite à l'expérimentation, la majorité des étudiants ($\eta=18/30$: 60%) estime que leur compétence « Se centrer sur la personne, ses proches et la communauté » se situe à un « niveau supérieur » au niveau déjà acquis avant l'expérimentation, alors que moins de la moitié ($\eta=12/30$) estime que ce niveau de compétences est « équivalent ». Aucun n'estime se situer à un « niveau inférieur ».
- Bien que la grande majorité reconnaisse posséder déjà des acquis eu égard à la compétence « se centrer sur la personne », plusieurs mentionnent avoir eu l'opportunité de pousser plus loin leur niveau de compétence, ex. de « s'exercer » de mettre en action « concrètement » cette « posture » de « développer ses réflexes », etc.
- Enfin, certains expliquent que bien qu'ils estiment se situer à un « niveau supérieur » lors de l'expérimentation, il est probable que des contraintes vécues en contexte réel empêcheraient d'atteindre un tel niveau.

Quelques exemples de compétences mobilisées chez les étudiants

1-... en regard de la pratique centrée sur le jeune :

- Situer le jeune « au cœur » de ses « préoccupations » et de son « analyse clinique » (P15-PS.ED); « Centrer les discussions sur ses besoins » (P1-ERG)
- « Souligner » (P16-PS.ED) et miser sur « ses forces » (P8-PS.ED, P16-PS.ED)
- Questionner le point de vue de l'enfant (P16-PS.ED), le « faire valoir » (P3-ERG), « défendre son intérêt » (P20-TS), l'inclure dans la prise de décision, vérifier son « accord », « défendre son intérêt » (P20-TS)

2-... en regard de la pratique centrée sur les parents

- Reconnaître sa place son statut au sein de la collaboration : « réel partenaire », « expert de sa situation », « égal », « premier acteur », etc. (8)
- Considérer sa réalité et ses besoins, « adopter un posture empreinte de considération » (P15-PS.ED), « nommer « sa sensibilité face à sa situation (détresse) » (P14-PS.ED)
- Reconnaître et nommer et tenir compte des forces, limites du parent (9) ; « défendre son intérêt » (P20-TS)
- Interpeller le parent, donner la parole en premier, le questionner (P15-PS.ED, P29-TS, P31-TS), « Porter une attention particulière aux paroles du parent » (P20-TS). Solliciter sa « participation active » (P16-PS.ED P15-PS.ED); « s'assurer qu'il soit impliqué à toutes les étapes » (P23-TS);
- Viser « l'autodétermination » (P2-ERG) ; « Favoriser son autonomie, son empowerment » (P33-TS) : Valoriser/ Renforcer ses gestes d'affirmation, : « Renforcer les idées » qui émergent d'« eux-mêmes » (P15-PS.ED), « valoriser et prioriser les besoins nommés » (P17-TS). Encourager sa participation aux prises de décision (ex. définir ce qu'il « veut prioriser » (P9-PS.ED) décider des objectifs d'intervention » (P26-TS). Valider toute proposition le concernant (« valider » (P17-TS, P25-TS) de façon « continue » (P26-TS) valider si les propositions faites (solutions ou moyens) sont « adaptés » (P12-PS.ED) et « réalistes » (P11-PS.ED) : « rien n'était imposé, tout était validé pour que cela fasse sens » pour lui (P27-TS);
- Proposer des moyens » d'aide concrets sur le plan parental, le soutenir pour « diminuer ses stressors », trouver des solutions face aux contraintes vécues; l'accompagner dans ses démarches (P15-PS.ED, P31-TS).

3-... en regard de la pratique centrée sur la communauté

- Proposer d'agir ou agir avec les proches et les partenaires de la communauté. », « proposer des actions plus larges » en impliquant des proches (ex. les camarades de classe » (P31-TS); « rendre possible » les propositions du parent, en explorant les possibilités d'action d'autres partenaires (ex. l'école) (P10-PS.ED);
- Nommer et valoriser les ressources ou organismes (P32-TS); « avoir le souci d'en parler » (P12-PS.ED), « valoriser leur implication » (P21-TS);
- S'y référer (P21-TS), ou « référer aux bons services » (P25-TS).

Raisons/conditions justifiant un écart positif ou vers un niveau supérieur

Le contexte offre des opportunités nouvelles.

- **Avoir accès à des parents.** Contrairement au contexte réel (ex. milieu de stage ou de pratique), l'activité offre une expérience nouvelle : « avoir accès » à des parents « présents » (P29-TS P11-PS.ED) et impliqué dans la situation ; qui collaborent et sont « centrés sur les besoins de l'enfant » (P27-TS); « la chance d'avoir réellement accès à la famille qui est elle-même centrée sur les besoins de son enfant. C'est vraiment riche de pouvoir collaborer avec le parent » (P10-PS.ED);
- « Le fait de pouvoir animer » (P12-PS.ED);
- Pouvoir « réaliser un PSII en présence du parent » (P15-PS.ED);

- Détenir un rôle de TS en CSSS (contexte volontaire) (P20-TS P23-TS P25-TS, P29-TS P30-TS). Le rôle de TS rend naturelle l'adoption d'une telle « posture » (P30-TS); dans ce contexte, il implique de déjà bien connaître le parent (P20-TS) permet d'être allié (P29-TS), « de donner une plus grande place à la famille et à la réalité de la mère » (P30-TS);
- Tous les étudiants partenaires « allaient aussi dans le même sens », que tous étaient « dans cette même ligne directrice de susciter la participation de la personne », était « facilitant » (P18-TS).

Le contexte ne comporte pas certaines contraintes rencontrées dans un contexte réel

- L'urgence d'agir avec un « vrai enfant » (P30-TS), « être pressé par le temps », manque de disponibilité (P17-TS,P19-TS), la pression liée à la gestion du risque, un rôle/position de contrôle (P19-TS), un mandat très clairement défini (P2-ERG), des contraintes organisationnelles (P19-TS), une posture professionnelle autoritaire (imposer) (P17-TS).

Raisons justifiant l'absence d'écart ou le niveau « équivalent »

- La compétence était déjà maîtrisée et « intégrée » grâce au « parcours scolaire » et aux expériences « de stage » (P4-ERG, P5-ERG, P16-PS.ED);
- Elle s'exerce depuis « toujours », (P26-TS) est un « réflexe » (P33-TS) : « je suis habituée de travailler avec l'approche par les forces », j'ai toujours le réflexe de mettre la personne au centre du processus » (P33-TS); « J'ai toujours cherché la participation active de la personne, son opinion, sa vision des choses » (P26-TS);
- Elle relève d'une « conscience » de la nécessité de cette participation : « sans cela, sa mobilisation est impossible » (P26-TS).

Quelques défis identifiés

- (niveau 2) Considérer davantage la communauté et comment la « mettre à contribution » (P14-PS.ED);
- (niveau 3) Laisser davantage de place au parent dans la prise de décisions, « je me positionne encore un peu trop en "expert"; « je me rends compte que j'arrive encore avec des solutions de moyens que je connais. Je voudrais être davantage en mesure de leur laisser une place dans la prise de décision (P13-PS.ED).

6.3.11 Annexe 22 : Les points forts du cours interdisciplinaire selon les étudiants

Les points forts de l'expérimentation interdisciplinaire, selon le point de vue des étudiants, sont regroupés autour des catégories suivantes : la présence et l'implication de comédiens « parent » dans l'expérimentation (n=24) qui ajoute un caractère concret, réel, vrai et humain à la démarche, 2) les parties théoriques et pratiques et l'alternance entre les deux ($\eta=14$), 3) la présence d'étudiants d'autres disciplines dans la même activité pédagogique ($\eta=8$), 4) les modalités pédagogiques telles que l'activité brise-glace ($\eta=6$), le temps en plénière et le dosage adéquat entre travail en équipe et en grand groupe ($\eta=9$), 5) les professeurs qui animent l'activité ($\eta=7$) (co-animation, dynamique positive, pertinence des questionnements et expériences), 6) les dimensions liées à l'organisation (clarté des consignes, efficacité, documentation, etc.) ($\eta=4$).

1. La présence et l'implication de comédiens « parent » dans l'expérimentation ($\eta=24$)	
Point de vue et présence du parent sont essentiels :	• « Amènent une sensibilité et un réalisme à l'exercice » (P21-TS; P-26-TS), rende le tout « plus vrai » (P10-PS.ED), plus « concret » (P5-ERG, P27-TS), « collé sur le réel » (P18-TS). • « Permettent de travailler la démarche intersectorielle de manière plus humaine » (P16-PS.ED); • « Permettent de se recentrer dans le réel de sa situation » (P29-TS); • « Apportent de la réalité » et fait « sortir un peu du fictif » (P27-TS), « permettent d'oublier qu'il s'agit d'une situation fictive » (P33-TS); • « Permettent d'humaniser la démarche » (P28-TS); • « Mettent un peu de sérieux dans la démarche » (P5-ERG); • La présence des acteurs « permet de vivre une vraie situation PSI » (P3-ERG), ; • de « vivre la réalité de la mise en application d'un tel processus » (P14-PS.ED).
• Leur présence ajoute un caractère concret, réel, vrai et humain à la démarche	• est « très enrichissante pour les apprentissages », (P16-PS.ED), rend « la pratique plus enrichissante » (P10-PS.ED); • « permet de pratiquer concrètement les compétences à développer » (P18-TS), « d'exercer concrètement les compétences » (P28-TS); • permet de « se pratiquer » (P13-PS.ED, P25-TS), d'« expérimenter » (P17-TS), de « pratiquer les savoirs » (P16-PS.ED); • « Souvent on doit faire l'hypothèse ou expliquer ce qu'on ferait avec un client, mais la présence d'acteurs [...] permet vraiment de l'expérimenter » (P9-PS.ED).
• elle permet d'expérimenter, se pratiquer, exercer concrètement ses compétences, et enrichit les apprentissages	• « La présence des acteurs » « permet de sortir du monde des professionnels et avoir accès au monde client », « qui est souvent plus complexe dans un contexte scolaire » (P9-PS.ED). • La « présence » de l'acteur « est motivante » (P5-ERG); • Permet « de vraiment prendre à cœur la situation » (P28-TS); • En plénière, elle « apporte une vision externe de la situation » (P22-TS); • « permet d'avoir de la rétroaction » globale, incluant celle des « autres équipes », ce « qui peut nous servir également » (P5-ERG); • Elle augmente « la diversité des acteurs » (P19-TS).
• Elle « donne accès au monde client »	
• Elle est motivante et enrichit la réflexion, par un point de vue différent et externe lors des plénières	

2. Les parties théoriques et pratiques et l'alternance entre les deux ($\eta=14$)

- Les apports théoriques ($\eta=4$) (Ex. Sur la démarche PSI, différence PI et PSI, sur la communication interprofessionnelle, sur l'identité professionnelle)
- **Les apports pratiques ($\eta=8$) :** activités, ateliers pratiques ou mises en situation en équipe interdisciplinaire : permettent d'expérimenter, d'échanger, de mieux connaître les spécificités et rôles respectifs
- « permet [de] tous être au même niveau » (P13-PS.ED), « à la même place » (P10-PS.ED);
- permet de comprendre certains éléments plus spécifiques (ex : « différences entre PI et PSI », « les aspects de la communication intersectorielle » (P13-PS.ED);
- permet aux gens moins familiers de mieux comprendre certains contenus théoriques (P14-PS.ED, P33-TS).
- « permet d'expérimenter et de discuter réellement avec d'autres étudiants de différentes professions », ce qui « est plus riche qu'une explication théorique des rôles » (P5-ERG);
- « expérimenter est essentiel pour comprendre la théorie » (P1-ERG);
- « Les activités entre partenaires » permettent « de pratiquer réellement le processus » (P11-PS.ED);
- « Les activités multidisciplinaires en petit groupe » ont permis de « davantage apprendre » sur « son rôle et celui des autres » (P28-TS);
- Lors de « l'expérimentation en petit groupe », « en communiquant et en le vivant », il est possible de « se rendre compte [des] spécificités » (P13-PS.ED);
- Le « temps en équipe » « permet [la] discussion » (P23-TS);
- « permet vraiment d'appliquer et SURTOUT d'intérioriser les apprentissages (P9-PS.ED).
- Alternance et équilibre entre théorie et pratique ($\eta=3$)
- « Équilibre théorie et pratique » est jugé « très bon » (P26-TS);
- « La séparation des activités », avec des « aller retours entre théorique et pratique, permet de mieux comprendre le but de chacune des étapes » (P16-PS.ED);
- « L'alternance entre pratique et théorie » permet « d'apporter du sens » (P20-TS);
- « Les interactions, ce n'était pas trop théorique (P25-TS);
- « permet de varier les plaisirs » (P20-TS);
- fait que « ça passe très vite » (P26-TS);
- permet « de capter [l']attention sur une plus longue durée » (P4-ERG).

3. La présence d'étudiants d'autres disciplines dans la même activité pédagogique ($\eta=8$)

- Regrouper plusieurs professions dans le même cours : permet d'acquérir des bases communes, de mieux connaître les rôles (le sien, celui des autres)
- « Avoir les cours théoriques ensemble [avec plusieurs professions] » permet de « partir sur la même base » (P1-ERG);
- « Avoir les cours ensemble [avec plusieurs professions] » permet de « mieux se connaître » (P1-ERG);
- La présence « d'autres étudiants de d'autres professions » « permet d'approfondir la nôtre [profession] et celle des autres » (P14-PS.ED);
- « La présence des ergos et des professionnels dans le domaine de la santé » « amène du contenu, des termes spécifiques à la médecine » (P12-PS.ED).
- La mixité au sein des
- « Les ateliers pratiques avec d'autres étudiants de d'autres

équipes de travail interdisciplinaire enrichit la démarche : permet d'accéder à une diversité et complémentarité des points de vue, de concrétiser l'action à mettre en œuvre,

professions » sont « enrichissants » et marqués par une « complémentarité » (P8-PS.ED);

- La « diversité des programmes présents » amène une « diversité des points de vue » (P19-TS);
- « Avoir plusieurs disciplines permet de concrétiser les actions à mettre en place » (P32-TS).

4. modalités pédagogiques

- **L'activité brise-glace (η=6)** Objectif : se présenter et se connaître sur le plan disciplinaire
 - « L'activité brise-glace » était « efficace » (P10-PS.ED), jugée « excellente » (P16-PS.ED);
 - « permet de se mettre en condition » (P20-TS);
 - permet « d'amorcer la réflexion sur l'identité » (P20-TS); de « mieux comprendre son identité en regard des autres professionnels » (P11-PS.ED);
 - permet de voir « que le vocabulaire est très différent selon les différentes disciplines » (P27-TS);
 - « permet d'apprendre à se connaître » (P13-PS.ED);
- Le temps en plénière et le dosage adéquat entre travail en équipe et en grand groupe (9)
- 8, 10, 17, 18, 19, 20, 23, 27, 28,
 - Les « retours en plénière après chaque expérimentation » (P17-TS) et le « dosage adéquat entre discussion en grand groupe et [...] activités en sous-groupes » (P18-TS);
 - « Les plénières » sont jugées « très pertinentes » (P27-TS) et « enrichissantes » (P8-PS.ED, P10-PS.ED);
 - Le « temps en [...] plénière » « permet [les] discussions » (P23-TS);
 - permet « d'échanger en grand groupe alors que [tous n'ont] pas [...] vécu la même expérience » (P10-PS.ED);
 - permet « d'entendre les autres professions » (P8-PS.ED);
 - « Le temps accordé aux plénières » « permet d'apporter beaucoup de sens aux activités en groupe » (P20-TS);
 - Permet de « davantage apprendre » sur « son rôle et celui des autres » (P28-TS);
 - permet des « échanges » qui aident à « pousser les réflexions » (P27-TS);
 - permet des « retours pertinents » (P19-TS);
 - permet « de ventiler, partager les expériences et voir comment les autres ont vécu » l'expérimentation (P17-TS);
 - « ouvre sur ce qui est vécu dans les autres sous-groupes » (P18-TS).

5. Les professeures qui animent l'activité (η=7)

- L'animation (dynamique, articulée)
 - « L'animation » (P15-PS.ED, P16-PS.ED, P18-TS);
 - « Animation très dynamique » (P15-PS.ED);
 - Animation qui sait « garder [l']attention » des étudiants (P16-PS.ED) « L'animation [...] très bien articulée » permet de guider les étudiants (P18-TS).
- La co-animation (diversité de points de vue)
 - « La co-animation » « permettait différents points de vue » (P10-PS.ED);

- vue, stimulante)
- la qualité de la relation entre les professeures (énergique, bonne entente, dynamique positive, humour)
- La qualité des questions posées pour susciter la participation
- Les interventions, explications, exemples fournis
- L'ajout de leurs expériences personnelles
- « La co-animation » qui était « plus stimulant » (P10-PS.ED);
- « La relation entre les professeurs », qui est marquée par une « bonne entente », des « blagues » et qui est « énergique » (P26-TS);
- « L'humour et la dynamique positive entre les enseignants » qui « était amusante » à « observer » (P33-TS);
- Les « très bonnes questions » des professeures « pour susciter [la] participation » (P16-PS.ED);
- Les enseignantes : « interventions, explications, exemples pertinents (P8-PS.ED);
- « L'ajout d'expériences personnelles de leur [les professeures] part était très pertinent et enrichissant » (P15-PS.ED).

6. Les dimensions liées à l'organisation ($\eta=4$)

- Qualité de la planification : efficacité, clarté (ordre du jour, consignes)
- Documentation fournie : pertinente, en format papier, agréable
- « La qualité de la planification » (P33-TS);
- l'« organisation efficace » (P18-TS);
- « L'ordre du jour [...] clair » (P33-TS); « Consignes claires » (P18-TS);
- permet de « savoir ce qui [est à] réaliser » (P33-TS);
- « permet de bien [...] orienter » les étudiants (P18-TS).
- La « documentation » est jugée « très pertinente » et peut être « ajoutée [...] dans une « boîte à outils » comme référence » (P16-PS.ED);
- Les documents en « version papier » étaient « agréables » (P33-TS); et ainsi « les gens ne peuvent pas « gosser » sur leurs ordinateurs » (P21-TS).

6.4 Annexes : L'interprofessionnalité en formation continue

6.4.1 Annexe 23 : Offre de formation du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI, Université Laval)

Type, titre de la formation Compétences visées	Objectifs visés	Public cible
La collaboration interprofessionnelle - Module 1, en ligne - Compétences visées : travailler en collaboration	Appropriation des notions essentielles à la compréhension de la collaboration interprofessionnelle.	Professionnels et gestionnaires
Prévention et résolution de conflits en contexte interprofessionnel - Module 2, en ligne - Compétences visées : travailler en collaboration	- Connaitre les particularités du conflit et ses enjeux en contexte de collaboration interprofessionnelle afin d'élaborer des stratégies pour les prévenir et les résoudre. - Compétences visées : participer à la résolution des conflits	Professionnels et gestionnaires
Leadership collaboratif: concepts et pratiques - Module 3, en ligne - Compétences visées : exercer un leadership collaboratif	Se familiariser avec les fondements conceptuels du leadership collaboratif, sa nature et ses enjeux en vue d'optimiser la collaboration interprofessionnelle dans le système de la santé et des services sociaux.	Professionnels et gestionnaires
Améliorer ses pratiques de collaboration : une vision commune à cibler - Offerte en présentiel - Compétences visées : communiquer avec d'autres, travailler en collaboration	- Se situer sur ses compétences de collaborateurs; - Associer les pratiques de CIP à son contexte de travail; - Amorcer une démarche permettant de partager sur les rôles et responsabilités entre les différents collaborateurs; - Identifier les conditions essentielles à la poursuite de sa démarche; - Utiliser des stratégies pour favoriser une communication efficace	Professionnels et gestionnaires
Regard sur nos pratiques de collaboration interprofessionnelle - Offerte en présentiel - Compétences visées : travailler en collaboration	- Cibler ses forces ainsi que les compétences à consolider ou à développer pour être de bons collaborateurs; - Identifier des leviers contribuant à l'optimisation de la CIP; - Amorcer l'identification de stratégies d'amélioration de la CIP au sein de son équipe.	Professionnels, médecins, gestionnaires provenant préférentiellement d'une même équipe.
Communauté de pratique : « accompagner les équipes vers la collaboration interprofessionnelle » - Offerte en présentiel - Compétences visées : travailler en collaboration; participer à la résolution de conflits, exercer un leadership collaboratif	- Développer des compétences clés (savoirs, habiletés et attitudes) pour être en mesure d'agir comme facilitateur auprès des équipes qui seront invitées à déployer la CIP - S'exercer à la pratique réflexive dans des situations de soins et de services complexes pour optimiser les décisions et l'intégration des interventions;	Tandems engagés à revoir et optimiser leurs pratiques de CIP en vue de co-accompagner une équipe, un

	Développer et réaliser un projet d'accompagnement structuré sur la CIP pour répondre à des besoins identifiés dans leur établissement	secteur ou un groupe
Soutenir les processus de travail en collaboration interprofessionnelle : rôles, conditions, défis. - Offerte en présentiel - Compétences visées : clarifier les rôles	- Réviser sa compréhension de la collaboration interprofessionnelle; - Identifier les conditions organisationnelles pour soutenir un plan d'amélioration continue en matière de collaboration interprofessionnelle; - Préciser son rôle pour soutenir le développement de la collaboration interprofessionnelle; - Identifier des compétences à développer ou à consolider.	Coordonnateur, gestionnaire, personne mandatée pour soutenir la CIP dans une équipe ou une organisation
1. Stratégies de soutien aux pratiques de collaboration interprofessionnelle : les préalables 2. Stratégies de soutien aux pratiques de collaboration interprofessionnelle : partie 2 - Deux parties offertes en présentiel - Compétence visée : exercer un leadership en tant que formateur et facilitateur visant à optimiser la CIP	Partie 1 : - Cibler les préalables à la démarche d'accompagnement visant l'optimisation de la collaboration interprofessionnelle (CIP) - Amorcer l'identification de stratégies soutenant le développement des compétences en CIP - Reconnaître les défis et les facteurs de réussite liés à la démarche d'accompagnement Partie 2 : - Développer des compétences clés (savoirs, habiletés et attitudes) pour être en mesure d'agir comme formateur et facilitateur auprès de professionnels et d'équipes invités à optimiser la CIP; - Amorcer / réaliser un projet de formation / d'accompagnement portant sur la CIP pour répondre à des besoins identifiés dans son établissement	Gestionnaires, coordonnateurs, médecins, personnes mandatées pour soutenir la CIP dans une équipe ou une organisation
La collaboration interprofessionnelle - Module 1, en ligne - Compétences visées : travailler en collaboration	Appropriation des notions essentielles à la compréhension de la collaboration interprofessionnelle.	Professionnels et gestionnaires
Prévention et résolution de conflits en contexte interprofessionnel - Module 2, en ligne - Compétences visées : participer à la résolution des conflits	Connaitre les particularités du conflit et ses enjeux en contexte de collaboration interprofessionnelle afin d'élaborer des stratégies pour les prévenir et les résoudre.	Professionnels et gestionnaires
Leadership collaboratif: concepts et pratiques - Module 3, en ligne - Compétences visées : exercer un leadership collaboratif	Se familiariser avec les fondements conceptuels du leadership collaboratif, sa nature et ses enjeux en vue d'optimiser la collaboration interprofessionnelle dans le système de la santé et des services sociaux.	Professionnels et gestionnaires

6.4.2 Annexe 24 : Offre de formation des centres de formation continue de l'Université de Sherbrooke (CUFC et CFC)

Centre universitaire de formation continue (CUFC) de l'Université de Sherbrooke (4 formations), le Centre de formation continue (CFC) de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'U. de S. (1 formation)

Type, titre et compétences abordées	Objectifs visés	Fournisseur et conditions
Webinaire - Intervenir en leadership partagé et pratiquer l'entraide https://www.usherbrooke.ca/formation-continue/programmation/offre/offre-detail/webinaire-intervenir-en-leadership-partage-et-pratiquer-lentraide/4718/ Compétences visées : Exercer un leadership collaboratif	• Objectifs : Fournir des repères et des clés, à partir des principes du leadership partagé et participatif, pour soutenir les équipes de gestion, et plus largement les équipes, et les aider à fonctionner de manière agile, fluide, collégiale.	(CUFC) de l'UdeS Formatrice : Ghislaine Clot, gestion des technologies de l'information et psychologie des organisations. • Durée : 1 heure • Coût : gratuit
Communiquer efficacement : améliorer vos relations! https://www.usherbrooke.ca/formation-continue/pour-votre-perfectionnement/offre-detail/offre-detail/3515/ • Compétences visées : Communiquer avec d'autres	• Public cible : gestionnaires et professionnels. • Objectifs : Comprendre les principes de la communication interpersonnelle; Identifier les différentes personnalités afin de mieux « coller » son message; Avoir davantage d'impact dans nos relations grâce à une maîtrise de soi; Atteindre un but fixé au moyen d'une meilleure communication	(CUFC) de l'UdeS Formatrice : Stéphanie Rivier, psychologue du travail et des organisations. • Durée : 7 heures • Coût : payant
• La gestion de conflits professionnels dans le domaine de la santé et des services sociaux https://www.usherbrooke.ca/formation-continue/programmation/offre/offre-detail/la-gestion-de-conflits-professionnels-dans-le-domaine-de-la-sante-et-des-services-sociaux/4979/ • Compétences visées : Participer à la résolution de conflits	• Public cible : Professionnels dans le domaine de la santé et des services sociaux. • Objectifs : Développer des stratégies de gestion de conflits; Identifier les situations à risque de conflits; Identifier les causes et les conséquences d'un conflit; Créer un environnement propice à l'expression d'opinions différentes; Reconnaître la nature potentiellement positive d'un conflit	(CUFC) de l'UdeS Module en ligne (formation à distance) • Durée : 2 heures • Coût : payant
Gestion des conflits au travail https://www.usherbrooke.ca/formation-continue/programmation/offre/offre-detail/gestion-des-conflits-au-travail/3212/ Compétences visées : Participer à la résolution de conflits	• Public cible : Toute personne qui a à intervenir en situation de conflit, dont entre autres les professionnels en ressources humaines, les gestionnaires et les représentants syndicaux. • Objectifs. Procéder à une analyse	(CUFC) de l'UdeS François Courcy, psychologue et conseiller en ressources humaines • Durée : 7 heures • Coût : payant

	méthodique des situations de conflits survenant sur leur lieu de travail; Poser des gestes simples pour prévenir et gérer efficacement les situations de conflit les ciblant ou impliquant d'autres membres de leur équipe de travail; Prendre des mesures pour se prémunir contre les méfaits de ces inconduites avérées	
Agir ensemble au service des soins dans la communauté – missions sur la collaboration professionnelle https://www.usherbrooke.ca/cfc/fileadmin/sites/cfc/documents/COLLOQUES/2019-2020/2020-03-13_agir_ensemble/programme_agir_ensemble_2020-03-13.pdf Colloque tenu le 13 mars 2020 Compétences visées : exercer un leadership collaboratif, participer à la résolution de conflits, travailler en collaboration	• Public cible : Médecins de famille, infirmières, pharmaciens, TS • Objectif : Améliorer nos attitudes et aptitudes à générer et essayer des modèles de collaboration interprofessionnelle.	(CFC) de la FMSS (UdeS) Durée : 1 journée Coût : payant Attestation de participation (heures de développement professionnel reconnu)

6.4.3 Annexe 25 : Offre de formation continue partagée (FCP)

Type, titre et compétences abordées	Objectifs visés	Fournisseur
Formation régionale PSII (Plan de service individualisé intersectoriel) • En ligne et en présentiel • Compétences visées : travailler en collaboration	• Public cible : Technicien et professionnel de la santé et des services sociaux • Objectifs : Se sensibiliser aux enjeux entourant le travail de partenariat; Développer le désir d'initier des PSII dans les situations ciblées.	Formation continue partagée (FCP) • CISSS de Chaudière-Appalaches • Durée : 1 journée
Formation sur le Plan d'intervention interdisciplinaire (PII) • En ligne et en présentiel • Compétences visées : travailler en collaboration, exercer une pratique centrée sur la personne, ses proches	• Public cible : Technicien et professionnel de la santé et des services sociaux • Objectifs : Développer sa compréhension du PII et Potentialiser ses acquis actuels en contribuant à l'élaboration du PII en collaboration avec l'utilisateur et les intervenants qui lui offrent des services en simultané.	Formation continue partagée (FCP) • CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal • Durée : 7 heures