

**PROCESSUS D'IMPLANTATION ET PRATIQUES D'INTERVENTION LIÉES À LA  
COMPOSANTE ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES (Partie 1)**

**Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)  
à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité**

Direction régionale de santé publique  
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux  
de la Capitale nationale

**Décembre 2005**

## AUTEURES

Marie-Claire Lepage, agente de planification, programmation et recherche, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale  
Colette Schoonbroodt, consultante, Institut de Développement par le Changement Émergent (IDCE)

### Personne à contacter pour obtenir un exemplaire de ce rapport :

M<sup>me</sup> Sylvie Bélanger, 2400, avenue D'Estimauville, Beauport (Québec) G1E 7G9

Téléphone : 418 666-7000, poste 217

Télécopieur : 418 666-2776

Courrier électronique : [s\\_belanger@ssss.gouv.qc.ca](mailto:s_belanger@ssss.gouv.qc.ca)

Coût du rapport : 16,05 \$, incluant la TPS. Payable à l'avance à l'ordre de l'ADRLSSSS-CN/DRSP

Cette publication est versée dans la banque Santécom.  
DÉPÔT LÉGAL, Bibliothèque nationale du Canada, 2006  
DÉPÔT LÉGAL, Bibliothèque nationale du Québec, 2006  
ISBN 2-89496-303-3

### Référence suggérée :

LEPAGE, M.-C., et C. SCHOONBROODT. *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Processus d'implantation et pratiques d'intervention liées à la composante Accompagnement des familles (Partie 1)*, Beauport, Direction régionale de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, 2006, 68 pages.

**Note :** Comme la majorité des personnes impliquées dans ce programme sont des femmes, le féminin est utilisé dans ce document pour alléger le texte et il désigne aussi le masculin.

## **REMERCIEMENTS**

---

Différentes personnes ont contribué à cette étude, et nous tenons à les remercier très sincèrement :

Pour leur participation aux entrevues et pour avoir ainsi partagé leur expérience : les intervenantes (infirmières, nutritionnistes, intervenantes sociales, psychoéducatrices, organisatrices communautaires, techniciennes en diététique) et les gestionnaires en Famille-Enfance-Jeunesse des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et du Holland Centre (directrices, chefs de programme, coordonnatrice, assistante à la supérieure immédiate, coordonnatrice clinique); les professionnelles de la Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale, comme gestionnaires ou comme responsables de l'implantation de l'un ou l'autre des volets ou des composantes des SIPPE.

Pour leurs judicieux commentaires, lors de la rédaction de ce rapport, qui ont permis d'en bonifier le contenu : Michel Beauchemin, coordonnateur de l'équipe Adaptation familiale et sociale; Monique Rainville, répondante régionale au regard de la composante Accompagnement des familles; Pierre Racine, de l'équipe Organisation et évaluation des services.

Pour l'édition finale de ce rapport : soulignons la participation de madame Antonyne Bourassa de l'équipe Pauvreté/ Développement social et des communautés de la Direction de santé publique de la Capitale nationale pour le soutien technique et la mise en page du document.

### **NOTE AUX LECTRICES ET AUX LECTEURS**

Afin de faciliter la lecture du rapport, nous vous suggérons de porter une attention particulière aux chapitres portant sur la méthodologie et les pistes de réflexion. Ce dernier reprend en synthèse les principaux résultats observés au cours de cette étude.



# TABLE DES MATIÈRES

---

	Pages
REMERCIEMENTS.....	3
TABLE DES MATIÈRES.....	5
TABLEAU ET FIGURE.....	7
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	7
INTRODUCTION.....	9
1 Cadre de référence des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité.....	11
1.1 Assises des SIPPE.....	11
1.2 Buts, objectifs et population visée.....	12
Buts et objectifs.....	12
Population visée.....	12
1.3 Composantes des SIPPE.....	13
1.3.1 Accompagnement des familles.....	13
1.3.2 Soutien à la création d'environnements favorables.....	14
2 Objet d'évaluation et méthodologie.....	15
2.1 Objet d'évaluation.....	15
2.2 Méthodologie.....	16
2.2.1 Cadre d'analyse, stratégie d'évaluation et déroulement de l'étude.....	16
2.2.2 Sources, traitement et analyse des données.....	17
3 Résultats.....	19
3.1 Contexte organisationnel et d'implantation.....	19
3.2 Caractéristiques de la population visée.....	23
3.3 Accueil.....	24
3.3.1 Critères d'admissibilité.....	24
3.3.2 Orientation de la population ciblée vers les SIPPE.....	25
3.3.3 Présentation des SIPPE aux familles.....	26
3.4 Accompagnement des familles.....	27
3.4.1 Intervenante privilégiée.....	27
3.4.2 Équipe interdisciplinaire et soutien clinique.....	30
3.4.3 Le suivi : durée et intensité.....	33
3.4.4 Activités de groupe, accompagnement dans le milieu et relations avec les partenaires.....	35

## **TABLE DES MATIÈRES (suite)**

---

	Pages
3.4.5 Transfert du dossier de la population suivie lors d'un changement d'adresse .....	36
3.5 Composante Soutien à la création d'environnements favorables .....	38
3.6 Autres commentaires .....	38
3.6.1 SIPPE et stratégies nationale et régionale pour leur implantation dans les CLSC.....	38
3.6.2 Formation.....	41
3.6.3 Reddition de comptes, financement, statistiques .....	43
3.6.4 Questions éthiques .....	44
3.6.5 Perspectives.....	44
4 Pistes de réflexion pour la consolidation des SIPPE .....	47
CONCLUSION .....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	55
ANNEXES.....	57
A. Schéma : Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité .....	59
B. Grilles de collecte de données.....	61
C. Configuration du territoire, accessibilité du transport en commun et prestation de services dans chacun des milieux d'implantation.....	67
D. Position des CLSC : SIPPE – intervenante privilégiée, équipe interdisciplinaire et intensité de l'intervention .....	69
E. Synthèse des orientations adoptées lors de la journée d'échange du 6 octobre 2004. Résultats préliminaires de l'implantation des SIPPE.....	71

## **FIGURE ET TABLEAU**

---

Figure 1 :	Représentation schématique des SIPPE.....	14
Tableau 1 :	Liste des organisations impliquées dans l'étude.....	18

## **LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES**

---

<b>ADRLSSSS-CN :</b>	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale
<b>CLSC :</b>	Centre local de services communautaires
<b>CSSS :</b>	Centre de services sociaux et de santé
<b>DRSP :</b>	Direction régionale de santé publique
<b>FEJ :</b>	Famille – Enfance - Jeunesse
<b>MSSS :</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>NÉ-GS :</b>	Naître égaux – Grandir en santé
<b>OLO :</b>	Œufs, lait, jus d'orange
<b>PSJP :</b>	Programme de soutien aux jeunes parents
<b>SIPPE :</b>	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance



## INTRODUCTION

---

En mars 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) diffusait officiellement son cadre de référence ayant trait aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE<sup>1</sup>) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (MSSS, 2004b). Ces services se sont développés en intégrant deux programmes déjà existants, soit le programme Naître égaux – Grandir en santé (NÉ-GS) et le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP), programmes déjà offerts par les équipes Famille-Enfance-Jeunesse (FEJ) en CLSC<sup>2</sup>. De plus, l'intégration du volet Soutien éducatif précoce était également prévue. C'est à l'automne 1999 que s'est amorcée l'implantation du programme NÉ-GS. Celui-ci ciblait toute la population<sup>3</sup> en situation de vulnérabilité socioéconomique, incluant les jeunes parents. À l'automne 2002, l'arrivée du PSJP allait conduire à une distinction des populations visées, le NÉ-GS ciblant les mères de 20 ans et plus et les familles vivant en contexte d'extrême pauvreté, et le PSJP ciblant les mères ou les jeunes parents âgés de moins de 20 ans. Chacun de ces programmes est donc devenu un volet des SIPPE. D'octobre 2002 à mars 2003, un CLSC a participé au projet pilote provincial d'implantation du PSJP. En février 2003, tous les autres CLSC de la région ont reçu le financement dans le cadre de la phase de généralisation de ce programme.

Le cadre de référence des SIPPE oriente la diversité des services dans une perspective de services intégrés, tout en maintenant l'idée d'adapter les interventions à chacune des populations visées.

Le principal changement concerne l'harmonisation des axes d'intervention, notamment la durée du suivi, de la grossesse à l'entrée de l'enfant à l'école, et son intensité, soit la fréquence des rencontres au cours de la période d'intervention. Toutefois, cet effort d'intégration ne touche pas aux aspects liés au financement, à la reddition de comptes et à l'évaluation, chacun des volets relevant de deux directions distinctes au MSSS.

Le présent rapport porte sur l'évaluation de l'implantation des SIPPE, évaluation qui s'avérait pertinente à cette étape-ci compte tenu des questions soulevées par l'implantation du programme NÉ-GS et du PSJP amorcée depuis quelques années, les SIPPE s'inscrivant en continuité avec ceux-ci. Toutes les expériences vécues sur le terrain méritent une attention particulière lorsque l'on veut, dans un processus d'implantation, à la fois protéger et consolider les acquis tout en s'assurant d'une évolution des pratiques en cohérence avec le nouveau cadre de référence que sont les SIPPE. Il s'agit d'analyser et de comprendre où en est rendue l'implantation des SIPPE et comment, dans les huit CLSC de la région de la Capitale-Nationale et le Holland Centre (organisation qui offre des services à la population anglophone), la diversité des pratiques s'inscrit ou non en cohérence et en continuité avec le cadre de référence des SIPPE.

La démarche proposée a reçu l'aval du Comité de soutien au déploiement des SIPPE<sup>4</sup>, décision qui a été entérinée par la Table des gestionnaires FEJ de la région de la Capitale-Nationale.

---

<sup>1</sup> Afin d'alléger le texte, on y utilise l'acronyme SIPPE.

<sup>2</sup> Afin d'alléger le texte et compte tenu du fait que la collecte de données a été effectuée avant l'implantation des CSSS, le terme CLSC sera utilisé lorsqu'on parlera d'un secteur de CSSS ou d'un CSSS correspondant à un territoire de CLSC. Dans la section sur les résultats, le terme *milieu* sera généralement utilisé pour désigner un secteur de CLSC, un CLSC ou le Holland Centre.

<sup>3</sup> Le terme *population* fait partie des termes recommandés en remplacement des termes *clientèle* et *client*. Le terme *clientèle* doit normalement être réservé à une personne ou à un ensemble de personnes qui achètent des biens ou des services. Plus précisément, un client est une personne qui requiert des services moyennant rétribution, alors qu'une clientèle représente un ensemble de clients qui recourent, moyennant rétribution, aux services d'une même personne (A.-A. MICHAUD, 2000).

<sup>4</sup> Comité de soutien au déploiement des SIPPE : comité responsable de la consolidation du programme, composé d'une directrice du programme FEJ et de deux chefs de programme de CLSC, du coordonnateur de l'équipe et de la responsable du programme à la DRSP. Les autres professionnelles de la DRSP assumant des responsabilités liées à l'implantation ou à l'évaluation participent occasionnellement aux rencontres, selon les thèmes prévus à l'ordre du jour.

Le rapport fait état des résultats de l'évaluation de l'implantation des SIPPE en ce qui a trait aux processus d'implantation et aux pratiques d'intervention liées à la composante Accompagnement des familles. La réflexion sur l'évaluation s'est faite au cours de l'automne 2003. L'étude a été effectuée de février 2004 à l'automne 2005; cela inclut la production des grilles d'entrevues, la collecte de données, l'analyse des résultats et la rédaction du rapport. Le rapport compte quatre chapitres. Le premier présente le cadre de référence des SIPPE et le deuxième, l'objet d'évaluation et la méthodologie. Le troisième chapitre regroupe les résultats concernant le contexte général, la population visée et l'accueil ainsi que ceux ayant trait à la composante Accompagnement des familles. Quant à la composante Soutien à la création d'environnements favorables, elle est très brièvement abordée dans ce chapitre, car seuls quelques éléments en rapport avec la composante Accompagnement des familles ont été retenus ici; les résultats globaux obtenus feront l'objet d'une autre publication (partie 2). Certains éléments liés aux SIPPE ayant fait l'objet de commentaires significatifs sont traités dans ce chapitre. Le dernier chapitre reprend les éléments clés de la collecte de données et dégage des pistes de réflexion pour la consolidation des SIPPE. Afin de compléter ce chapitre, des éléments dégagés d'une rencontre d'échange avec les gestionnaires autour des résultats préliminaires ont été intégrés. Des objets de travail sont précisés dans la conclusion.

## 1 CADRE DE REFERENCE DES SERVICES INTEGRES EN PERINATALITE ET POUR LA PETITE ENFANCE (SIPPE) A L'INTENTION DES FAMILLES VIVANT EN CONTEXTE DE VULNERABILITE

### 1.1 Assises des SIPPE (MSSS, 2004b)

Le système familial prend une importance particulière lorsqu'il s'agit du développement et de l'adaptation sociale des enfants. Parmi la diversité des facteurs pouvant être considérés comme des déterminants majeurs, deux ont été retenus en particulier : le jeune âge et la pauvreté des parents. En ce qui concerne le jeune âge, les données de l'Étude longitudinale sur le développement de l'enfant québécois révèlent que 95 % des mères primipares de moins de 20 ans présentent l'une des conditions suivantes : secondaire non complétée, vit dans un ménage à faible revenu, ne vit pas avec le père biologique ou a eu au moins deux troubles de conduite pendant l'enfance ou l'adolescence. Quant à la pauvreté, ce déterminant représente un risque reconnu à plusieurs égards, que ce soit en matière de santé, de développement, d'intégration sociale, de scolarisation ou autre.

Afin de bien saisir la complexité des problèmes de la population ciblée par les SIPPE, un modèle théorique a été retenu par les auteurs, soit le modèle écologique conçu par Bronfenbrenner. Ce modèle cerne les interactions entre les différents facteurs pouvant influencer le développement des personnes et tient compte de l'environnement physique et social dans lequel vit la personne. La lecture de l'environnement a été regroupée sous trois thèmes : l'environnement global, la communauté et la famille. Par ailleurs, les services offerts cherchent à inclure non seulement des actions à l'intention des enfants, des pères et des mères, mais également des actions dans les différents milieux de vie de l'enfant.

La stratégie d'action au cœur des SIPPE consiste « à développer et à soutenir la capacité d'agir des personnes ainsi que la capacité d'agir des communautés pour une meilleure santé et un plus grand bien-être des femmes enceintes, des mères, des pères, des enfants » (MSSS, 2004b, p. 17). Il s'agit ici d'inscrire la naissance de l'enfant et son développement dans un projet de vie porteur de réussite pour les parents, projet déterminé par les

membres de la famille. Quant au renforcement du pouvoir d'agir des communautés, celui-ci fait « appel à l'engagement et à l'expérience des personnes concernées par les besoins des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables » (*Ibid.*, p. 19). Par la mobilisation des individus ou des leaders locaux, par le soutien des initiatives venant de la communauté, cette stratégie peut donner lieu à des changements structurels ou organisationnels de la communauté. Ce type d'action représente un grand défi pour les organisations et les intervenantes.

Un avis émis par l'Institut national de santé publique du Québec en 2000 a permis de faire le point sur les enseignements qu'on peut tirer de l'expérimentation de différents programmes préventifs prénatals et de celle du projet pilote réalisé pour le programme NE-GS (Boyer et Laverdure, dans MSSS, 2004b). Pour améliorer l'efficacité des programmes prénatals à composantes multiples, il est recommandé d'agir sur des facteurs de risque modifiables qui touchent la population visée. Il semble qu'aucun programme d'intervention précoce ne puisse à lui seul compenser les effets dévastateurs de la pauvreté sur la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant. Les constats dégagés dans l'avis sont les suivants :

- mieux intégrer le modèle écologique et l'approche visant à renforcer le pouvoir d'agir de l'individu;
- mieux articuler les différentes composantes du programme et du suivi, et intégrer le programme de stimulation précoce;
- renforcer les actions sur les habitudes de vie, le développement d'habiletés parentales et le développement global de l'enfant, d'où différents guides d'intervention rédigés à l'intention du personnel assurant le suivi auprès des familles;
- mieux articuler les actions qui visent le Soutien à la création d'environnements favorables (MSSS, 2004b, p. 12).

## 1.2 Buts, objectifs et population visée

### 1.2.1 Buts et objectifs

D’ici 2012, et dans une perspective à plus à long terme de manière à contribuer à diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et sociaux, dont l’abus et la négligence envers les enfants, les **but**s poursuivis par les SIPPE sont :

- de maximiser le potentiel de santé et de bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants de 0 à 5 ans vivant en situation de vulnérabilité;
- d’inclure la naissance et le développement de ces enfants dans un projet de vie porteur de réussite pour les parents tout en renforçant le pouvoir d’agir des familles et des communautés dans toutes les sphères de la vie : personnelle, familiale, sociale, culturelle, économique et politique.

D’ici 2012, trois **objectifs** sont visés par les SIPPE :

1. Contribuer à diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères vivant en contexte de vulnérabilité en :
  - améliorant les habitudes de vie de la femme enceinte et de sa famille (alimentation, tabagisme, consommation de drogue et d’alcool, activité physique);
  - améliorant les suivis de santé physique et mentale de la femme enceinte et de sa famille, incluant la planification des naissances, la santé dentaire et la couverture vaccinale;
  - améliorant la sécurité à domicile;
  - favorisant l’adoption de comportements sexuels sécuritaires.

2. Favoriser le développement optimal des enfants vivant en contexte de vulnérabilité en :

- augmentant le taux d’allaitement et sa durée;
- développant et renforçant le lien d’attache-ment parents-enfants;
- augmentant et renforçant les compétences parentales;
- stimulant le développement cognitif (incluant le langage), affectif, social et psychomoteur des enfants.

3. Contribuer à améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants vivant en contexte de vulnérabilité en :

- renforçant les réseaux de soutien social;
- favorisant l’intégration socioprofessionnelle des parents, et ce, en relation avec leur projet de vie;
- améliorant l’accessibilité et la continuité des services publics et communautaires;
- soutenant la création d’environnements favorables à la santé et au bien-être des parents et des enfants vivant en contexte de vulnérabilité.

### 1.2.2 Population visée

La population visée par les SIPPE se divise principalement en deux groupes :

- population visée par le volet Soutien aux jeunes parents : les jeunes femmes enceintes dont la date d’accouchement est prévue avant leur vingtième anniversaire de naissance et les mères âgées de moins de 20 ans à leur inscription aux services ainsi que les pères et leurs enfants de 0 à 5 ans;

- population visée par le volet Soutien aux familles qui vivent en contexte d'extrême pauvreté : les femmes enceintes et les mères âgées de 20 ans et plus, les pères et leurs enfants de 0 à 5 ans qui vivent en contexte d'extrême pauvreté<sup>5</sup>.

Ces deux groupes sont ciblés compte tenu des conséquences majeures que peuvent avoir le jeune âge de la mère, le niveau de scolarité et le revenu sur la santé et le bien-être des femmes enceintes, des bébés à naître, des pères et des enfants d'âge préscolaire.

Les familles d'immigration récente pourraient également bénéficier des SIPPE étant donné leurs caractéristiques particulières. Ainsi, une femme immigrante enceinte peut avoir un diplôme mais, à cause de son statut, de son arrivée récente au Québec et de son parcours migratoire particulier, elle peut vivre, de façon transitoire, une période très critique et présenter plusieurs facteurs de vulnérabilité. Dans ce contexte, elle pourrait avoir accès à des services intensifs mais, possiblement, pour une période plus restreinte.

Même si le jeune âge des parents, une sous-scolarisation et un très faible revenu sont des critères de sélection essentiels, le jugement clinique demeure toujours un élément important pour apprécier les besoins des mères, des pères et de leurs enfants.

Ces facteurs sont souvent associés à d'autres conditions de vulnérabilité, soit la monoparentalité et l'inactivité (ni travailleuse, ni étudiante, ni bénéficiaire d'un programme d'intégration au travail), auxquelles peuvent s'ajouter des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. Plus il y a de facteurs de risque en présence, plus grande sera la vulnérabilité de la famille.

### 1.3 Composantes des SIPPE

Les deux composantes des SIPPE sont considérées comme aussi essentielles l'une que l'autre et complémentaires. Les actions réalisées dans chacune peuvent se renforcer mutuellement. Ce sont l'Accompagnement des familles et le Soutien à la création d'environnements favorables.

#### 1.3.1 *Accompagnement des familles*

Cette composante est relativement balisée et doit répondre à des critères bien définis. Elle doit s'appuyer sur une approche d'*empowerment* des familles et des intervenantes et doit également faire preuve de souplesse. L'*empowerment* renvoie au renforcement du pouvoir d'agir des familles, et, dans ce contexte, les intervenantes reconnaissent que les membres de la famille ont des compétences leur permettant de résoudre leurs difficultés et de se réaliser. Le *projet de vie* d'une famille peut être constitué d'un ensemble de projets concernant toute la cellule familiale ou chacun de ses membres, incluant la naissance d'un enfant. Poursuivre des projets socioprofessionnels (ex. : retour aux études, retour sur le marché du travail), vouloir améliorer ses conditions de vie, se faire une place dans la communauté, se créer un réseau social significatif sont autant d'éléments qui peuvent être liés au projet de vie.

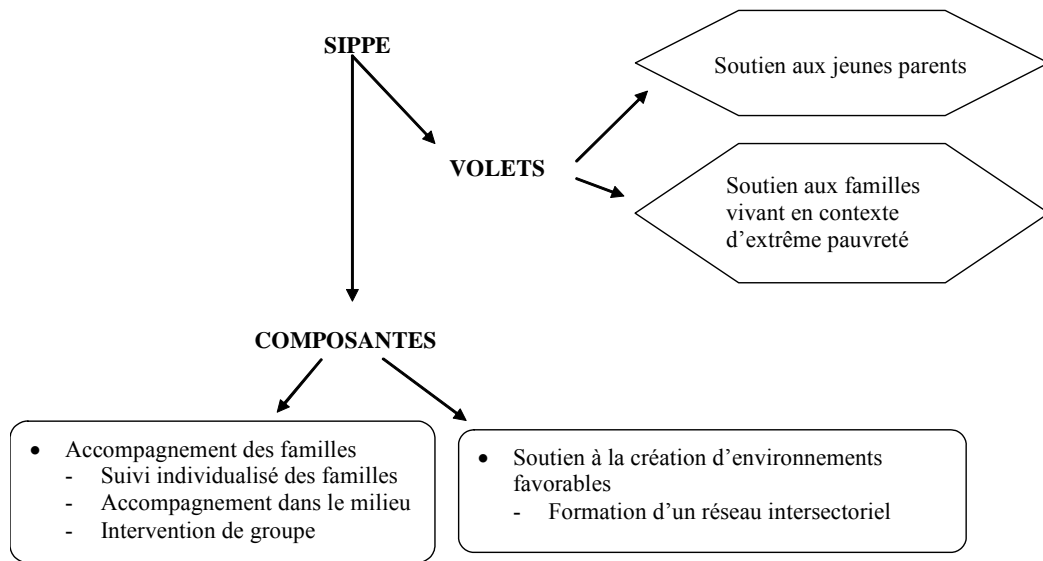
Il existe différentes façons de décrire les éléments constituant la composante Accompagnement des familles.

---

<sup>5</sup> Le concept d'extrême pauvreté fait davantage référence à l'ampleur des problèmes liés à la pauvreté et à leur persistance dans le temps qu'à un indicateur particulier. Les deux indicateurs les plus puissants du concept sont :

- la sous-scolarisation de la mère, soit le fait qu'elle n'ait pas de diplôme d'études secondaires régulières ou professionnelles;
- un revenu sous le seuil de faible revenu tel que le définit Statistique Canada.

Figure 1 : Représentation schématique des SIPPE



Note : Un schéma descriptif plus détaillé des SIPPE est présenté à l’annexe A.

Celle retenue ici se présente en trois volets : le suivi individualisé, les activités de groupe et l’accompagnement dans la communauté. Le *suivi individualisé* est assuré, au domicile ou dans un autre endroit au choix de la famille, par une intervenante privilégiée qui doit établir une relation de confiance avec elle. L’intervenante privilégiée est reconnue comme un élément important des SIPPE et vise à assurer la plus grande continuité avec la famille. Ce choix est lié aux histoires d’échecs et de rejets vécues par ces familles et à leurs facteurs de vulnérabilité. Selon le cadre de référence, l’intervenante privilégiée devrait être soutenue dans son travail par l’expertise des autres professionnelles faisant partie de l’équipe interdisciplinaire. L’évaluation des besoins, le plan d’intervention et la fréquence des rencontres sont considérés comme des éléments essentiels à l’intervention. Les discussions de cas représentent un moment privilégié pour élaborer et réviser le plan d’intervention et le plan de services individualisé. Le suivi est prévu de la grossesse à l’entrée de l’enfant à l’école, l’intensité et la régularité du suivi variant en fonction de la période et de l’âge de l’enfant. Au cours du suivi, l’intervenante doit être attentive à la place du père et à ses besoins. L’établissement d’une relation significative avec le père est également important. Les *activités de groupe* viennent appuyer le suivi individualisé mais, selon les SIPPE, ne le rempla-

cent pas. Elles permettent d’atteindre d’autres buts, notamment de favoriser le développement optimal de l’enfant, de briser l’isolement, de favoriser l’intégration sociale des familles. Pour sa part, la dimension *accompagnement dans la communauté* vise à faire connaître les ressources de la communauté, à favoriser une meilleure utilisation de celles-ci et, au besoin, à accompagner les personnes et les familles vers ces ressources.

### 1.3.2 Soutien à la création d’environnements favorables

Cette composante s’appuie principalement sur les forces vives des communautés locales. Elle est moins bien définie dans le cadre de référence, car elle doit tenir compte de la réalité de chaque milieu et de la dynamique qui lui est propre, et peut difficilement être trop encadrée. Elle se concrétise dans l’action intersectorielle. Les résultats de l’étude relatifs à cette composante sont abordés très succinctement dans ce rapport et seulement dans leur relation avec la composante Accompagnement des familles. L’ensemble des résultats liés à la composante Soutien à la création d’environnements favorables fera l’objet d’un autre rapport, lequel constituera la deuxième partie de l’étude.

## 2 OBJET D'ÉVALUATION ET MÉTHODOLOGIE

### 2.1 Objet d'évaluation

L'objet d'évaluation est les SIPPE, lesquels découlent de l'intégration du programme NÉ-GS et du PSJP. Pour les gestionnaires et les intervenantes des CLSC et des organismes communautaires, l'implantation des SIPPE représente, dans les faits, une forme d'intégration des pratiques d'intervention développées au cours de l'implantation des deux programmes qui l'ont précédée. En effet, depuis plusieurs années, les CLSC, les partenaires communautaires concernés et la DRSP de la Capitale-Nationale collaborent à l'implantation des programmes offrant des services de prévention et de promotion en santé à la population dite vulnérable. Les services offerts à cette population ont pris la forme de différents programmes : OLO, NÉ-GS, PSJP, Passerelle (maternité et toxicomanies). Ainsi, sur le terrain coexistent plusieurs cadres de référence particuliers aux différents programmes de même qu'une diversité d'expériences d'implantation et d'expertises en prestation de services à cette population. Des structures participatives réunissant des organisations de divers secteurs d'activité ont également été mises en place. Toutes ces réalisations méritent une attention particulière lorsque l'on veut, dans un processus d'implantation, à la fois protéger et consolider les acquis tout en s'assurant d'une évolution des pratiques en cohérence avec le nouveau cadre de référence que sont les SIPPE<sup>6</sup>.

Compte tenu de ces divers éléments et du fait que la version définitive du cadre de référence n'était pas encore accessible au moment de l'étude, il est apparu pertinent d'évaluer les processus d'implantation et les pratiques d'intervention. Les gestionnaires ou les intervenantes auxquelles on s'adresse, qui assument respectivement des tâches de gestion ou d'intervention, ont influencées par des « références »

en relation avec des expériences antérieures qui peuvent dicter et orienter leurs actions, consciemment ou inconsciemment. Ces « références » ne sont certainement pas les SIPPE.

Par contre, ce qui oriente leurs actions peut très bien être en conformité avec les SIPPE, puisque celles-ci s'inscrivent en continuité avec le programme NÉ-GS et le PSJP. L'intérêt de l'évaluation est donc d'analyser le degré d'implantation des SIPPE et de découvrir les pratiques particulières, de rendre plus explicites les orientations à la base de celles-ci et de les comprendre afin de pouvoir, par la suite, créer des relations de sens et des relations de pertinence avec le contenu des SIPPE. Plus précisément, cette évaluation touche la composante Accompagnement des familles. Elle est une occasion de poser un regard sur le degré d'appropriation des SIPPE par les différents milieux.

Les **but**s poursuivis par cette évaluation sont de deux ordres :

- fournir aux gestionnaires et aux intervenantes concernées des connaissances sur l'état d'avancement de l'implantation des SIPPE, en documentant le travail de mise en œuvre des programmes qui les ont précédés (NÉ-GS et PSJP), et sur les pratiques mises en place pour en opérationnaliser les deux composantes;
- fournir aux intervenantes concernées des connaissances sur leurs pratiques, de façon à leur permettre : 1) d'objectiver leur pratique; 2) de la comprendre ainsi que celle des autres et 3) d'analyser le degré de cohérence et la pertinence de leurs choix.

---

<sup>6</sup> Pour ces raisons, l'acronyme SIPPE a été utilisé dans ce texte pour alléger la formulation. Il peut renvoyer autant à un des programmes qui les ont précédés (NÉ-GS, PSJP) qu'aux trois programmes, surtout lorsqu'on parle du processus d'implantation.

Les *objectifs visés*, pour chacun des buts, peuvent se résumer ainsi :

➤ Concernant l’évaluation de l’implantation des SIPPE :

- rendre compte de l’état d’avancement de l’implantation des SIPPE par l’analyse du processus de mise en œuvre des programmes qui les ont précédés dans les milieux d’implantation couverts par les huit CLSC et le Holland Centre (*Où en sont-ils rendus? Qu’est-ce qui est mis en place? Quelle population est jointe? Quel est le degré de suivi? Etc.*);
- faire le point entre ce qui avait été prévu et ce qui a pu être réalisé dans les *milieux*, dans une perspective de compréhension et non de comparaison des milieux ni par rapport à un modèle idéal (*Y a-t-il eu des modifications en cours de route et pourquoi? En quoi les changements effectués ont-ils été davantage appréciés? Quels ont été les effets de ces changements? Pour qui? Etc.*);
- découvrir et comprendre les « bons coups » et les difficultés éprouvées afin de mieux saisir les logiques qui ont influencé les différents choix d’implantation (*Qu’est-ce qu’ils ont reconnu comme une réussite dans leur milieu? En quoi ce qu’ils nomment est en relation avec un ou des programmes en périnatalité? Etc.*).

➤ Concernant les pratiques d’intervention visées par les SIPPE autour de la composante Accompagnement des familles :

- mettre en évidence les compréhensions des concepts clés articulant les grandes intentions des SIPPE (ex. : le suivi individualisé et la notion d’intervenante privilégiée, la notion d’équipe interdisciplinaire, la notion d’accompagnement dans le milieu, etc.) (*Questionnement systématique sur le sens que les personnes interviewées donnent à ces concepts clés*); parallèlement à l’étude de cette compréhension, dégager les actions et les pratiques qui permettent de l’opérationnaliser;

- documenter les façons diversifiées d’opérationnaliser cette composante (*Comment se réalise le suivi intensif? Qui le fait? À quel rythme? Etc.*);
- rendre explicites les transformations jugées nécessaires pour assurer les pratiques et les services attendus : on parle ici de transformations fonctionnelles (les pratiques) et structurelles (les structures de fonctionnement) (*Est-ce que les personnes ont dû changer des choses dans leur pratique professionnelle? Lesquelles, et comment ont-elles fait? Qu’est-ce que cela leur a apporté? Etc.*).

## 2.2 Méthodologie

La méthodologie sera présentée à partir des thèmes suivants : le cadre d’analyse, la stratégie d’évaluation et le déroulement de l’étude d’une part, et les sources, le traitement et l’analyse des données d’autre part.

### 2.2.1 Cadre d’analyse, stratégie d’évaluation et déroulement de l’étude

Le **cadre d’analyse** retenu afin d’évaluer le degré d’implantation des SIPPE ainsi que les pratiques d’intervention fait référence globalement aux principaux éléments descriptifs contenus dans le cadre de référence des SIPPE. Selon les personnes interrogées, ces éléments descriptifs se résument ainsi :

- processus d’implantation;
- accompagnement des familles;
- suivi individualisé;
- intervenante privilégiée;
- équipe interdisciplinaire;
- activités de groupe;
- soutien clinique;
- formation;
- perspectives.

Ce cadre a également servi de canevas pour organiser la réflexion et pour structurer l’analyse des données. En effet, une analyse des SIPPE et de ses composantes a permis de dégager des axes majeurs, organisateurs des pratiques. Bien que chaque milieu d’implantation soit analysé à partir

d’un cadre de référence commun, ils ont eu des façons distinctes et diversifiées de concevoir et de mettre en œuvre les composantes des SIPPE.

La **stratégie d’évaluation** consiste à analyser les moyens et les processus mis en place afin de présenter le contexte de chacun des milieux d’implantation, territoires de CLSC ou secteurs de CLSC ayant un fonctionnement autonome. Il ne s’agit pas de comparer les milieux d’implantation ni de « mesurer » le respect d’une norme ou d’un modèle, mais de se donner les moyens pour comprendre les choix stratégiques faits tant pour implanter que pour assurer les services prévus. C’est donc une évaluation dite qualitative et interprétative, qui se veut structurée et rigoureuse et qui s’adapte à chaque milieu de collecte de données (référence à l’approche naturaliste de Guba et Lincoln, 1989). Ce processus de collecte et d’analyse de données permet de documenter la situation à partir de données empiriques obtenues sur le processus d’implantation et les pratiques d’intervention liés à la composante Accompagnement des familles. Documenter veut dire recueillir des descriptions des situations d’implantation et des pratiques, et des éléments permettant de comprendre les logiques sous-jacentes aux choix d’implantation, aux types de pratiques mises en place, voire aux difficultés vécues encore dans les milieux.

Pour respecter la confidentialité et les règles de déontologie, vu le petit nombre d’organisations concernées par cet objet d’analyse et les caractéristiques propres à chaque milieu, il ne sera pas établi de bilan particulier pour chacun. L’analyse des données empiriques cherchera à dégager la diversité des logiques d’action plutôt qu’à décrire chaque milieu pour comparer les situations.

L’étude couvre la période allant de l’implantation du programme NÉ-GS (automne 1999) jusqu’au moment des entrevues (hiver-printemps 2004).

### **2.2.2 Sources, traitement et analyse des données**

**Diverses sources de données.** Afin de mieux connaître l’objet de l’évaluation, on a commencé par analyser les orientations des SIPPE, cerner les enjeux sous-jacents et comprendre la composante Accompagnement des familles. Afin de documenter le point de vue des divers acteurs impliqués

dans les SIPPE, des grilles d’entrevue ont été élaborées à partir de la compréhension dégagée de cette analyse et en fonction du questionnaire à la base de cette évaluation (annexe B). Les personnes rencontrées au cours de cette étude sont les gestionnaires et les intervenantes des huit CLSC de la région de la Capitale-Nationale et du Holland Centre, ce dernier ayant un mandat régional de prestation de services à l’ensemble de la population anglophone et touchant des familles visées par les SIPPE. De plus, des professionnelles de la DRSP concernées par les SIPPE s’y sont ajoutées. À l’origine, une analyse de certaines sources documentaires (comptes rendus de réunions, plans d’action, etc.) était prévue afin qu’on puisse mieux comprendre la démarche accomplie par les milieux et d’approfondir l’analyse des étapes de l’implantation et du vécu des équipes. Des données sur la population touchée et l’intensité du suivi ont été recueillies par le professionnel de l’ADRLSSSS-CN responsable d’assurer le suivi des ententes de gestion et des indicateurs prévus au cahier des charges avec le MSSS. Dans ce contexte, une collecte de données parallèle n’a pas été prévue pour cette étude.

Les **données qualitatives** ont été recueillies lors des entrevues collectives (entrevues semi-dirigées) conduites dans chaque milieu par une des auteurs de l’étude (professionnelle de la DRSP). Toutes les entrevues se sont déroulées d’avril à juin 2004, à l’exception de deux entrevues qui ont été menées en mai 2005. Dans un premier temps, on a rencontré les gestionnaires (directrices et directeur de programme, chefs de programme, chefs d’équipe) et, dans un deuxième temps, les intervenantes impliquées dans le suivi de la population visée. Dans certains milieux, la gestionnaire a souhaité participer à la rencontre planifiée avec l’équipe d’intervenantes. Ainsi, un total de neuf entrevues ont été conduites avec les gestionnaires FEJ des CLSC et du Holland Centre (deux à quatre personnes rencontrées selon les milieux). Un total de onze entrevues ont été conduites avec les intervenantes de ces organisations (trois à quinze personnes selon les milieux). Toutes les intervenantes impliquées dans le suivi de la population visée ont été invitées à participer aux entrevues. Trois CLSC ont invité des stagiaires à cet échange (quatre personnes). Lorsque la taille des équipes était très grande, il a été proposé de sélectionner les personnes représentant le

mieux les divers champs de pratique et qui permettaient de mieux comprendre le processus de mise en œuvre et d’intervention. À la DRSP, le coordonnateur ainsi que trois professionnelles ont été rencontrés en raison des rôles qu’ils avaient assumés lors de l’implantation des SIPPE. La responsable de l’implantation des SIPPE à la DRSP a participé aux entrevues avec les gestionnaires. La répondante de la DRSP pour la composante Accompagnement des familles a assisté à quelques entrevues avec les intervenantes.

La durée des entrevues variait entre une heure et demie et trois heures selon la taille des groupes et les personnes rencontrées.

Afin d’alléger la présentation des résultats, il a été décidé de désigner chaque milieu d’implantation comme une entité différente. Onze milieux ont été définis pour tenir compte des six CLSC à gestion unique (six milieux), des deux CLSC comportant une double gestion autonome (quatre milieux) et du Holland Centre (un milieu) (tableau 1).

Les entrevues ont été transcrites et ont fait l’objet d’une analyse de contenu qui tenait compte des thèmes liés aux objets de l’étude. À partir de cette première analyse, le contenu pertinent a été dégagé pour la rédaction du profil de chaque milieu.

Ces profils ont été soumis aux gestionnaires pour validation. Cette consultation fut l’occasion pour certaines de procéder à une mise à jour de l’information liée au fonctionnement des SIPPE étant donné l’évolution de la situation depuis le moment de la collecte de données. Une matrice a ensuite été élaborée afin d’inscrire et de trier l’information devant servir à l’analyse transversale à l’échelle régionale. L’analyse a été faite manuellement (sans soutien informatique). Elle visait à comprendre comment chaque milieu s’est approprié l’implantation des SIPPE. Elle visait également à mieux cerner les réalités qui les ont amenés à faire leurs choix.

Afin de respecter la confidentialité de l’information recueillie et l’engagement pris à cet égard envers les gestionnaires et les intervenantes, les milieux sont désignés par un code numérique. Malgré ces précautions, il est possible que des milieux puissent être reconnus à partir de certains renseignements, vu leur petit nombre.

La tenue d’une journée d’échange en octobre 2004 a permis de présenter les résultats préliminaires de l’étude aux principaux acteurs concernés, de les faire valider et de discuter des implications pour leur organisation. Les décisions prises à la suite des échanges ont été intégrées au chapitre 4.

**Tableau 1 : Liste des organisations impliquées dans l’étude**

<b>Organisations</b>	<b>Nombre de milieux</b>
<b>CSSS de la Vieille-Capitale</b>	
▪ Basse-Ville–Limoilou–Vanier	2
▪ Haute-Ville–Des-Rivières	2
▪ Sainte-Foy–Sillery–Laurentien	1
<b>CSSS Québec-Nord</b>	
▪ Orléans	1
▪ La Source	1
▪ Haute-Saint-Charles	1
<b>CSSS Portneuf</b>	1
<b>CSSS Charlevoix</b>	1
<b>Holland Centre</b>	1
<b>Total</b>	<b>11</b>

### 3 RÉSULTATS

La présentation des résultats est empruntée au format utilisé pour la rédaction des profils des milieux; elle a été structurée autour de la composante Accompagnement des familles. Ainsi, les données ont été regroupées en six thèmes :

- contexte organisationnel et d’implantation;
- caractéristiques de la population visée;
- accueil;
- Accompagnement des familles;
- lien avec la composante Soutien à la création d’environnements favorables;
- autres commentaires.

Par « contexte organisationnel et d’implantation », on fait référence à quelques particularités historique, sociale et culturelle de l’organisation ainsi qu’au territoire et à la constitution des équipes interdisciplinaires (section 3.1). Dans la section qui suit « caractéristiques de la population visée », s’ajoutent la perception de la population par le milieu d’intervention et l’effet que ces caractéristiques peuvent avoir sur la mise en œuvre des SIPPE (section 3.2). Ce que nous nommons « accueil » concerne tout ce qui se passe avant l’assignation d’une population aux SIPPE et le début du suivi par les intervenantes, soit les critères d’admissibilité, le repérage et l’orientation de la population ciblée et les modalités de présentation des SIPPE à la population concernée (section 3.3).

La section sur l’Accompagnement des familles décrit tout ce qui concerne le suivi auprès de la population ciblée. Elle permet de comprendre le sens donné par les intervenantes au concept d’accompagnement et, par là, de comprendre aussi les choix liés à la mise en œuvre des autres concepts clés de même que ceux liés à l’organisation du travail. Parmi ceux-ci se retrouvent les notions d’intervenante privilégiée, de suivi intensif et d’équipe interdisciplinaire, ce qui concerne les activités de groupe, l’accompagnement dans la communauté, les relations avec les partenaires dans le cadre du suivi individualisé ainsi que les modalités de transfert des dossiers de

la population qui change de territoire (section 3.4). Une courte section traite de la communication entre les intervenantes impliquées dans les deux composantes du programme (section 3.5). La dernière regroupe divers sujets à propos desquels les personnes interrogées se sont montrées préoccupées : les SIPPE, la formation, la reddition de comptes, le financement et les statistiques, l’éthique et les perspectives (section 3.6).

Dans ce chapitre, il a été décidé d’effectuer un rappel des principaux éléments du cadre de référence sur les SIPPE relatifs aux thèmes retenus ici avant d’aborder plus précisément les résultats de l’étude.

#### 3.1 Contexte organisationnel et d’implantation

**Diversité territoriale.** La région comprend huit territoires de CLSC (dix milieux distincts), auxquels s’ajoute le Holland Centre. Au cours des années, plusieurs CLSC ont connu des changements dans la configuration géographique de leur territoire. Certains d’entre eux ont vécu des fusions organisationnelles. De plus, le contexte d’intervention peut varier selon les milieux en raison des facteurs suivants :

- faible volume de population et dispersion géographique de celle-ci;
- dispersion de la pauvreté sur le territoire;
- faible volume de la population ciblée;
- territoire caractérisé par la présence de population ethnique. Ce facteur amène notamment un milieu (n° 3) à remettre en question sa capacité à opérationnaliser le programme;
- manque de logements sociaux générant une mobilité de la population qui rend difficiles les suivis à long terme (n° 3) ou inversement, crise du logement pouvant réduire l’ampleur de cette mobilité (n<sup>os</sup> 6, 7).

**Accessibilité limitée des transports en commun.** L'organisation des transports en commun a été utilisée comme un facteur pouvant influencer l'accès de la population à l'établissement (annexe C). Globalement, tous les milieux disent prendre en considération ce facteur dans la planification des services et le suivi offert à la population. Seulement cinq des onze milieux estiment qu'au moins les deux tiers de leur territoire sont desservis par les transports en commun. Deux milieux situés en périphérie ne sont pas desservis par ce type de service. Toutefois, l'un d'entre eux bénéficie d'un service d'appoint offert par un organisme communautaire.

**Division des territoires.** En ce qui concerne la prestation des services offerts en périnatalité, six des huit CLSC ont divisé leur territoire en deux zones géographiques (annexe C). Parmi ceux-ci, deux favorisent un fonctionnement autonome avec une gestion FEJ distincte pour chacune des zones. Un autre a réparti son territoire en quatre zones afin de favoriser une plus grande proximité et une meilleure vision des besoins de la population. Un dernier a réparti récemment son territoire en trois zones.

**Implantation s'inscrivant dans l'esprit de leur double mission.** Toutes les équipes rencontrées assurent des services faisant partie des mesures universelles (ex. : visite postnatale systématique) et des mesures sélectives (ex. : OLO, SIPPE)<sup>7</sup> (annexe C). Cependant, dans un milieu, cela se produit surtout lorsqu'il y a un surcroît de travail de l'équipe assignée aux mesures universelles. Pour certains milieux, cela représente une façon de concrétiser leur double mission.

**Expérience acquise avant l'arrivée des SIPPE.** Plusieurs milieux disent avoir instauré leur fonctionnement d'équipe avant l'arrivée des SIPPE ou même du programme NÉ-GS notamment avec l'implantation de la mesure OLO. Par ailleurs, quatre milieux avaient également implanté une dynamique d'équipe

propre à l'intervention auprès des jeunes parents (n<sup>os</sup> 6, 7, 8, 9). Lors de la validation des profils, un seul milieu avait maintenu cette distinction (n<sup>o</sup> 7). Dans un autre (n<sup>o</sup> 6), la fusion des deux équipes (PSJP, NÉ-GS) a été justifiée par la petite taille des équipes et un partage plus équitable du travail. Cette décision visait également à favoriser un meilleur échange entre les intervenantes sur des réalités qui se ressemblent, un meilleur soutien clinique, l'établissement d'une vision commune et, par conséquent, une diminution de l'isolement des professionnelles « uniques dans leur domaine ». Des craintes au regard d'une telle fusion étaient ressenties par les intervenantes de l'équipe « jeunes parents » qui a maintenu cette spécificité, compte tenu de l'expertise acquise au cours des années et des avantages attribués à leur fonctionnement plus structuré (ex. : révision des dossiers, élaboration des plans de services, etc.).

**Processus d'implantation ponctué d'événements contraignants mais qui s'inscrit dans une continuité.** Tous les milieux ont leur propre histoire d'implantation. Le processus d'implantation a été amorcé par la DRSP il y a déjà plus de quatre ans (1999). L'arrivée progressive du programme NÉ-GS, du PSJP et, maintenant, des SIPPE, est venue teinter la stratégie privilégiée par les différents milieux. L'implantation a pu être influencée également par des changements organisationnels amorcés au cours de cette période (n<sup>os</sup> 2, 9) ou par des événements comme l'opération de vaccination contre la méningite en 2001, celle-ci ayant requis la contribution des intervenantes de l'équipe (n<sup>o</sup> 8). La démarche d'appropriation s'est appuyée aussi sur l'expérience accumulée depuis des années avec le programme OLO et les programmes conçus à l'intention des jeunes parents. Même si le programme peut être perçu par les équipes comme un concept pensé par d'autres, comme provenant « d'en haut », les différents milieux en sont devenus les responsables à des degrés divers.

---

<sup>7</sup> Les mesures universelles sont offertes à l'ensemble de la population, alors que les mesures sélectives sont offertes aux familles remplissant des critères relatifs à la vulnérabilité ou présentant des facteurs de risque les rendant admissibles à des programmes préventifs.

Selon les gestionnaires et les intervenantes, l'arrivée de ce type de programme vient confirmer le mandat des CLSC à l'égard des familles vulnérables. De plus, les orientations proposées sont également perçues comme aidantes pour la population, celles-ci amenant à définir avec les familles des interventions adaptées à leurs besoins ainsi qu'un projet de vie. En général, le programme NÉ-GS, le PSJP et les SIPPE sont perçus comme s'inscrivant en continuité avec ce qui existe déjà ou comme venant renforcer ce qui se faisait déjà sur le terrain.

**Diversité dans la gestion du changement.** La gestion de ce changement a été assurée par les gestionnaires des programmes FEJ, incluant les chefs d'équipe ou d'autres intervenantes assurant un poste de responsabilité au sein de l'équipe. Pour la majorité, le travail d'appropriation a débuté avec la démarche régionale amorcée par la répondante en santé publique, que ce soit par les formations offertes ou les travaux accomplis par les intervenantes pivots. Des milieux ont amorcé la démarche avec l'ensemble des intervenantes, d'autres ont formé un groupe de travail avec des représentantes des différents types d'intervenantes. Dans l'un des milieux, le groupe a été élargi à des représentantes d'organismes communautaires (n° 5). Dans tous les milieux, les stratégies d'implantation privilégiées ont visé une appropriation par toutes les intervenantes concernées. Deux milieux ont travaillé à partir d'une analogie, associant la démarche d'implantation à un voyage en bateau (n° 2, 9).

**Processus impliquant une réflexion sur les effets des choix organisationnels.** Le processus de réflexion a comporté diverses étapes qui ont pu varier selon les milieux. La plupart ont analysé les écarts entre les pratiques et les composantes décrites dans la version préliminaire du cadre de référence existant à l'époque (MSSS, 2004a).

Au cours de cette analyse, les gestionnaires d'un milieu ont regardé plus attentivement les effets du morcellement de la population visée découlant de choix organisationnels antérieurs (répartition, entre les intervenantes, de la population bénéficiant de mesures universelles *versus* de mesures sélectives). La spécialisation des équipes, notamment celle formée à l'intention des jeunes parents, les difficultés vécues par les intervenantes travaillant exclusivement auprès de la population vulnérable et le danger de marginaliser cette population sont d'autres facteurs qui ont été pris en considération. Plus précisément, les gestionnaires des différents milieux se sont penchées sur les valeurs, les objectifs pour-suivis par le programme, les besoins de la population touchée par les mesures universelles (ex. : rencontres prénatales, suivi postnatal systématique) comparativement à ceux de la population touchée par des mesures sélectives (ex. : SIPPE) et les modalités opérationnelles à privilégier. Le choix entre la spécialisation ou non des équipes<sup>8</sup> et, par conséquent, entre la diversification ou non de la population aidée par les intervenantes est un élément qui a été pris en considération lors de l'organisation de certaines équipes. La diversification des tâches était associée à une diminution de la lourdeur des suivis et était perçue comme une possibilité de faire vivre des réussites à toutes les intervenantes. Selon les milieux, les intervenantes de l'équipe interdisciplinaire ont été sélectionnées en tenant compte de divers éléments : sur une base volontaire, selon leur expertise, leur disponibilité ou leur intérêt à travailler avec la population ciblée. Pour un milieu, la taille de l'équipe a évolué dans le temps selon la réalité vécue : équipe 0-5 ans *versus* intervenantes assignées aux SIPPE (n° 2).

---

<sup>8</sup> Intervenantes assignées aux mesures sélectives *ou* offrant des services à la population bénéficiant de l'une ou l'autre des mesures.

### **Instruments pour faciliter le changement.**

L'implication de l'arrivée des SIPPE a aussi été analysée par les gestionnaires à la lumière des caractéristiques du milieu, de leur contexte de pratique et des ressources de l'organisation (ex. : ressources provenant de transferts des centres hospitaliers). Par contre, la population ciblée était déjà jointe en grande partie par les programmes déjà offerts, comme OLO. Trois milieux ont produit un document afin de faciliter l'appropriation du programme non seulement par l'équipe en place mais aussi par du nouveau personnel (n<sup>os</sup> 3, 6, 7). De plus, la plupart ont conçu des instruments afin de répondre aux besoins d'assurer un suivi régulier de la population ou liés à la dynamique d'équipe. Un milieu s'est doté d'un plan d'action dans le cadre de ses travaux (n<sup>o</sup> 3). Pour un autre, l'implantation a déclenché tout un questionnement sur le fonctionnement en interdisciplinarité, car les pratiques instaurées dans le cadre d'une formation reçue sur une autre approche allaient à l'encontre de ce concept (n<sup>o</sup> 5).

### **Vision des services intégrés : une continuité et un enrichissement.**

Pour toutes les personnes interrogées, le fait qu'on parle maintenant de services intégrés ne vient pas vraiment affecter leur façon de travailler, sauf en ce qui concerne la durée ou l'intensité du suivi. Elles ont effectivement l'impression de déjà travailler dans l'esprit des SIPPE. Même si cette « intégration de programmes » est bien perçue par toutes, un milieu maintient un fonctionnement en deux équipes selon la population ciblée (soutien aux jeunes parents, soutien aux familles en extrême pauvreté) (n<sup>o</sup> 7).

**Conditions facilitantes.** Plusieurs conditions gagnantes ou facilitant l'implantation ont été mentionnées lors des entrevues. Cela peut toucher le financement, l'organisation, les gestionnaires, le programme, les intervenantes, la formation, etc. Ces conditions se présentent comme suit :

- des orientations clairement définies par le milieu, reposant sur une croyance forte en la valeur du programme, une implication financière du CLSC, une motivation et un soutien de la part des gestionnaires;

- un responsable de dossier reconnu par l'organisation, avec une vision globale et un rôle décisionnel;
- un financement adéquat par le Ministère, ce qui signifie une augmentation du budget alloué et des moyens accordés pour implanter le programme;
- une reconnaissance du temps nécessaire pour s'investir, s'approprier le contenu du programme et accomplir la démarche d'équipe;
- l'investissement des intervenantes dans l'implantation du programme, leur motivation, leur plaisir d'adhérer à quelque chose de nouveau, de structuré, qui peut améliorer la qualité des interventions de même que leur intérêt à travailler avec la population visée et leurs compétences et expériences antérieures;
- le travail structuré en équipe, la taille de l'équipe réduite aux personnes impliquées dans le suivi de la population ciblée, la régularité des rencontres de l'équipe d'implantation, le respect de l'expertise de l'équipe et une stabilité du personnel;
- l'accessibilité d'une documentation pertinente;
- les échanges, le soutien et les formations, dont celles offertes dans le cadre du Programme national de formation (PNF).

Parallèlement, **diverses difficultés** ou **critiques** ont été exprimées au regard de l'implantation des SIPPE. Celles-ci touchaient le processus, les SIPPE en tant que tels, les instruments, les intervenantes. Ce sont les suivantes :

- le dosage du soutien offert par les responsables de l'implantation des programmes qui ont précédé les SIPPE (NÉ-GS, PSJP) perçu dans un cas comme trop intense et moindre dans l'autre;
- l'absence d'une documentation et d'outils adéquats pour soutenir le travail des intervenantes dans l'implantation du programme;

« Dans le fond, on est allés à tâtons [...], c'est beaucoup de temps, beaucoup d'énergie. Tout le monde fait ça dans chacun des CLSC. C'est un peu aberrant. Je trouve en même temps [...] que les outils qu'on a construits par contre répondent à nos besoins, sont à notre image. » (n° 5)

- la capacité d'adaptation exigée par les différents changements de programmes;
- un manque de cohérence interne entre les personnes impliquées dans l'implantation : par exemple, l'écart entre la vision de l'interdisciplinarité des gestionnaires d'un CLSC et celle de la personne-ressource engagée par la Direction régionale pour soutenir les CLSC dans l'appropriation de cette approche;
- une saturation du personnel à l'égard de l'ensemble du processus accompli depuis le début de l'implantation du programme NÉ-GS : la place importante laissée à la réflexion comparativement à l'action;
- le choix d'avoir recouru à une intervenante pivot pour assurer un rôle clé dans la démarche d'implantation du programme NÉ-GS. Sa surcharge de travail et son problème de légitimité quant aux responsabilités qui découlaient de cette tâche pourraient expliquer les difficultés éprouvées dans la mise en œuvre du programme une fois qu'elle était de retour dans son milieu;
- l'intégration des nouvelles intervenantes n'ayant pas participé à la formation et, par conséquent, des difficultés d'interprétation des critères d'admissibilité par ces personnes; dans ce contexte, l'importance d'instaurer un mécanisme de formation continue a été soulignée.

**Circulation de l'information au sein des équipes : à bonifier.** Vu l'incohérence observée dans l'information donnée par les gestionnaires et les intervenantes qui assuraient le rôle de pivot (mécanismes mis en place avec le programme NÉ-GS), l'équipe d'un milieu souhaite que ce rôle

d'information soit assuré par les gestionnaires compte tenu de leur niveau de responsabilité et afin qu'elles se sentent parties prenantes des processus. Il n'en demeure pas moins que des difficultés sont toujours vécues dans la circulation de l'information, malgré les changements apportés dans la dynamique régionale. Lorsque la diffusion de l'information était assumée par une intervenante agissant au sein de l'équipe, les gestionnaires s'estimaient mal informés des développements du programme. Maintenant que l'information passe par les gestionnaires, plusieurs membres des équipes font le même constat.

### 3.2 Caractéristiques de la population visée

**Deux populations ciblées : on se questionne parfois sur le jeune âge.** Le personnel des différents milieux a dégagé lors des entrevues des caractéristiques particulières aux deux populations ciblées par les SIPPE. Selon son expérience, les situations rencontrées chez les jeunes mères sont plus diversifiées. Cependant, le seul facteur de risque reconnu dans certains cas est le jeune âge. Des intervenantes remettent en question le fait qu'on suive des jeunes mères qui ont de meilleures conditions de vie que des mères plus âgées. Ainsi, de jeunes mères vivent parfois avec un conjoint stable, sont financièrement à l'aise et bénéficient d'un réseau familial adéquat. Dans ce contexte, les intervenantes ont tendance à ajuster l'intervention aux besoins perçus. À l'opposé, probablement en raison de la vulnérabilité quasi généralisée de sa population, un autre milieu (n° 7) souligne que les jeunes parents présentent souvent plusieurs facteurs de risque. Selon l'expérience des intervenantes de ce milieu, les mères âgées de 20 ans et plus en extrême pauvreté représentent « des cas régulièrement lourds » et ont tendance à formuler plus de demandes de suivi. Elles sont également perçues comme ayant accès à moins de services que les jeunes mères.

**Contexte de vie affectant la fréquentation et l'offre des services.** Pour décrire la population jointe par le programme, on évoque d'autres caractéristiques, comme le vécu chargé de la population, ponctué de rejets, d'embûches. Selon l'expérience des répondantes, la vulnérabilité de la population s'explique aussi par un vécu de violence, une difficulté à établir des liens avec des

intervenantes sociales ou, plus globalement, des liens interpersonnels significatifs. Ce vécu développe chez ces personnes une perception négative d'elles-mêmes et des services offerts, ce qui peut expliquer la faible fréquentation de ceux-ci et les habitudes de consultation, liées surtout à des demandes d'aide ponctuelle. Des intervenantes notent aussi un écart entre l'horaire des familles et celui des activités offertes par leur organisation. Ainsi, un milieu dit avoir ajusté les services à l'horaire de la population ciblée (décalage des activités planifiées dans la journée) (n° 1). De plus, l'importance d'aller au-delà des apparences, de comprendre la réalité de ces familles est rapportée par des gestionnaires et des intervenantes. À titre d'exemple, celles-ci donnent des raisons pouvant justifier l'utilisation d'un cellulaire (couverture du service téléphonique régulier) ou les choix alimentaires faits à la maison comparativement à ceux effectués lorsque les familles ont accès à de meilleurs aliments. L'importance de travailler avec les forces des familles, de leur faire vivre des expériences positives ou des réussites grâce à des activités ressort dans les entrevues; cette approche est justifiée par le manque d'estime observé chez cette population.

### 3.3 Accueil

Rappelons que ce que nous nommons « accueil » concerne tout ce qui se passe avant l'assignation d'une famille à un programme et le début du suivi par les intervenantes, soit les critères d'admissibilité au programme, le repérage et l'orientation de la population ciblée ainsi que les modalités de présentation du programme à la population touchée.

#### 3.3.1 Critères d'admissibilité

Les critères d'admissibilité décrits dans le cadre de référence des SIPPE concernent en particulier deux groupes de population. Pour le volet Soutien aux jeunes parents, les SIPPE s'adressent aux jeunes femmes enceintes dont la date d'accouchement est prévue avant leur 20<sup>e</sup> anniversaire et aux mères âgées de moins de 20 ans au moment de leur inscription aux services ainsi qu'aux pères et à leur enfant de 0 à 5 ans. Le volet Soutien aux familles vivant en situation d'extrême pauvreté s'adresse aux femmes encein-

tes et aux mères âgées de 20 ans et plus qui vivent dans l'extrême pauvreté (sous le seuil de faible revenu et sous-scolarisée) ainsi qu'aux pères et à leur enfant de 0 à 5 ans. De plus, les femmes immigrantes peuvent avoir un diplôme mais, vu leur statut, leur arrivée récente ou leur parcours migratoire, elles peuvent traverser une période critique pendant laquelle elles cumulent des facteurs de risque les rendant vulnérables. Ainsi, les familles d'immigration récente (cinq ans et moins) peuvent bénéficier des SIPPE, mais pour une période restreinte.

**Vulnérabilité associée au jeune âge parfois remise en question.** Dans la réalité, le critère de l'âge est en général bien respecté en ce qui concerne la population des jeunes mères. Par contre, dans un milieu, la limite d'âge pour considérer les parents comme jeunes était « avoir moins de 22 ans » (n° 8). Avec l'arrivée du PSJP, ce groupe a été subdivisé en deux, soit les moins de 20 ans et les 20-21 ans. Lors de la validation du profil, nous avons constaté que ce milieu avait ajusté sa définition de la population à celle du cadre de référence. Les milieux disent respecter ce critère, même s'ils se questionnent parfois sur la pertinence d'offrir un tel suivi aux mères qui ne présentent pas d'autres facteurs de vulnérabilité que l'âge (voir section 3.2).

**Addition d'un critère de sélection pour la population en extrême pauvreté.** La plupart des milieux mentionnent que les critères utilisés pour la sélection de la population pour le volet 20 ans et plus (NÉ-GS) sont ceux qui étaient proposés par la DRSP lors de la démarche d'implantation de ce programme, soit la sous-scolarité (cinquième secondaire ou onzième année non complétés) et le fait d'être sous le seuil de faible revenu (critère de Statistique Canada), auxquels devait s'ajouter un autre critère en raison du sous-financement régional du programme. Parmi ces autres critères se retrouvent : jeunes parents, isolement social (absence de réseau social), violence conjugale, abus et négligence à l'égard des enfants, antécédent de dépression post-partum, problème de toxicomanie. Lors de l'implantation du programme NÉ-GS, comme il n'y avait pas de volet Soutien aux jeunes parents, le critère « jeunes parents » a été inscrit dans cette liste. Il était précisé également : « la sélection des familles

devra tenir compte du jugement clinique de l'équipe interdisciplinaire. Il portera en particulier sur les éléments suivants : le potentiel des compétences parentales, le potentiel d'attachement à l'enfant et la vulnérabilité des parents » (DRSP, 2001). Lors des entrevues, des milieux ont mentionné utiliser comme critères supplémentaires des problèmes financiers, de santé physique et de santé mentale, et des difficultés de communication. Un milieu a indiqué qu'il était ouvert à recevoir la population sans domicile fixe lorsque la situation se présentait (n° 7). Pour les milieux qui qualifient la population de leur territoire de majoritairement vulnérable, le problème est de déterminer quelles familles retenir (n°s 6, 7). Dans ces circonstances, un suivi moins intensif est offert aux mères à faible revenu qui ne présentent pas d'autres problèmes. Selon un autre milieu, en considérant seulement les deux premiers critères, la moitié de la population du programme OLO se qualifie pour les SIPPE (n° 2). Seul un milieu a parlé du refus d'une mère de participer aux SIPPE; les raisons de cette décision n'ont pas pu être précisées (n° 1).

**Sous-scolarisation : pas un facteur d'exclusion.**

Certaines intervenantes se questionnent sur la non-accessibilité des SIPPE aux mères à faible revenu mais scolarisées. Un milieu mentionne que la sous-scolarisation n'est pas un facteur d'exclusion des SIPPE retenu lorsque d'autres facteurs de vulnérabilité sont présents (n° 4). Ainsi, même avec une scolarité suffisante, une vulnérabilité peut être observée chez la population aidée : isolement, monoparentalité, violence, troubles de personnalité, problèmes de santé mentale et d'intégration sociale ou au travail. Pour les intervenantes, il est important de regarder la capacité des personnes à s'organiser. Même dans un contexte de sous-financement, elles disent assurer un suivi auprès des populations vulnérables qui ne remplissent pas les critères des SIPPE (ex. : secondaire complété). Ces suivis ne sont toutefois pas inscrits dans les statistiques pour la reddition de comptes même si, dans certains cas, les mères peuvent bénéficier du suivi d'une équipe.

**Autres objets de préoccupation.** L'importance du jugement clinique dans la sélection de la population ciblée (n°s 1, 3), la difficulté de cerner parfois les autres facteurs de risque lors d'un premier rendez-vous et l'importance de l'harmonisation des pratiques au regard de la sélection des familles lorsqu'il y a mobilité du personnel (n° 6) sont d'autres éléments qui ont été abordés lors des entrevues.

**3.3.2 Orientation de la population ciblée vers les SIPPE**

**Efforts investis pour joindre la population ciblée, notamment les jeunes mères.** Le cadre de référence ne se prononce pas sur cet aspect des SIPPE. Cependant, les intervenantes disent s'investir pour joindre la population ciblée, notamment les jeunes parents. La préoccupation à l'égard des jeunes s'explique par les caractéristiques mêmes de cette population : vision de la grossesse qui se situe dans la philosophie de l'adolescence, c'est-à-dire dans l'ici et maintenant, dans le quotidien, et non dans une perspective de moyen ou long terme.

**Diversité des ressources orientant la population vers les SIPPE.** Tous les milieux désignent le programme OLO comme la principale porte d'entrée vers les SIPPE. Les cliniques de périnatalité situées en périphérie représentent pour les deux milieux concernés (n°s 1, 2) un autre mécanisme important. Plusieurs autres mécanismes sont cités entre autres :

- l'accueil santé et social du CLSC;
- les demandes directes par les mères connaissant ce type de programme;
- le bouche à oreille;
- la recommandation par des intervenantes de l'équipe ou d'autres équipes informées de l'existence du programme;
- les centres locaux d'emploi;
- l'entente avec les médecins de l'unité de médecine familiale située dans un des milieux;

- les cliniques médicales; la difficulté d'obtenir des recommandations des cliniques médicales a été soulevée par certains milieux;
- les hôpitaux;
- d'autres organismes (ex. : Maison Dauphine, Centre famille);
- les centres de la petite enfance;
- les organisateurs d'événements locaux (ex. : journée de la famille, fête de Noël);
- les activités de groupe, etc.;
- les services offerts dans le cadre des mesures universelles : ceux-ci peuvent devenir aussi des occasions de repérer des familles ciblées par les SIPPE, par exemple : les rencontres prénatales, le suivi postnatal systématique. Le suivi postnatal systématique est une occasion privilégiée de joindre tôt après la naissance de l'enfant les familles qui n'ont pu être jointes en période prénatale.

**Stratégie de promotion du programme à élaborer.** Malgré la diversité de ces mécanismes, la pertinence d'élaborer une stratégie de promotion des SIPPE à trois niveaux (provincial, régional et local), ciblant également les cliniques médicales et les centres jeunesse, est soulignée (n° 8). Le manque de temps pour entreprendre ce genre de démarche est rapporté par certains milieux. Un milieu a conçu une stratégie de démarchage qui touche toutefois l'ensemble de ses programmes, stratégie mise en place notamment pour répondre au besoin d'information formulé par des médecins de son territoire (n° 3).

### 3.3.3 Présentation des SIPPE aux familles

Le cadre de référence ne fournit pas d'indications sur la façon de présenter les SIPPE à la population. L'accent est mis davantage sur l'évaluation des besoins, le rôle de l'intervenante privilégiée et les qualités professionnelles que cela demande.

**Malaise à l'égard des familles en extrême pauvreté.** La présentation des SIPPE peut varier selon les intervenantes et les mères. Elle est faite habituellement par la première intervenante qui entre en contact avec la mère : infirmière de la clinique

de périnatalité, nutritionniste, infirmière, intervenante sociale ou tandem intervenante sociale et infirmière. Cela peut prendre plus d'une rencontre avant que soient fournis certains renseignements sur les SIPPE. Parfois, l'offre de service est associée à celle du programme OLO, ou à l'ensemble des services offerts par le CLSC et les ressources du milieu. En général, la présentation aux jeunes mères semble plus facile et plus systématique. Les intervenantes justifient plus facilement l'intensité du suivi en raison du jeune âge des mères et de l'importance qu'elles puissent développer leur plein potentiel et leurs capacités. Les jeunes mères réagissent positivement à cette offre de service. Par contre, un milieu trouvait plus facile de parler du programme NÉ-GS car, à l'origine, la durée de l'intervention était plus courte (deux ans) que celle des SIPPE. Les intervenantes ressentent un malaise à parler de la durée des SIPPE (cinq ans), certaines rapportent des réactions négatives des mères devant cette information. Ainsi, plusieurs vont plutôt parler d'un suivi ajusté aux besoins.

**Information fournie sur les SIPPE.** Malgré ces réserves, tous les milieux disent donner de l'information sur les SIPPE et le travail en équipe. La composition de l'équipe, la contribution particulière des différentes professions, l'importance de l'équipe pour la qualité des services, quoi faire en l'absence d'une des intervenantes, etc., représentent quelques éléments d'information qui peuvent être abordés. L'échange d'information entre les intervenantes est mentionné par certaines, mais le nombre de personnes que cela touche n'est pas nécessairement précisé. Des intervenantes vont parfois justifier la durée de l'intervention en la présentant comme une demande du MSSS ou vont l'introduire en faisant le lien avec le nom de l'équipe (0-5 ans). Le rôle d'accompagnement peut être justifié en évoquant l'importance de la grossesse et du développement de l'enfant.

**Modalités de présentation des SIPPE à définir.** Les différents milieux se questionnent sur les modalités de présentation des SIPPE : quand le faire, comment et quoi présenter, la pertinence de faire signer un consentement, etc. À cet égard, deux milieux ont produit un dépliant d'information s'adressant aux parents (n°s 2, 8). Par ailleurs, la pertinence d'en produire un pour la

région à l'intention de la population ciblée ainsi que pour les partenaires est mentionnée (n° 8).

**Période clé : la grossesse.** Pendant la grossesse, les intervenantes sentent une volonté des mères, des familles à donner le meilleur à l'enfant. Toutefois, elles peuvent observer de la méfiance de leur part à l'égard des visites à domicile, surtout en période prénatale, alors qu'en période postnatale, la présence de l'enfant et le lien établi avec l'intervenante pendant la grossesse rendent les mères plus réceptives aux intervenantes et aux visites à domicile. Selon les intervenantes, la création du lien s'inscrit dans un processus d'approvisionnement et une offre progressive de service. Elles soulignent qu'entre les périodes prénatale et postnatale, et même entre deux visites, des changements familiaux sont parfois notés (ex. : changement de conjoint). Elles constatent un écart entre les besoins qu'elles perçoivent et les besoins formulés par les familles.

### 3.4 Accompagnement des familles

#### 3.4.1 *Intervenante privilégiée*

Un des éléments clés des SIPPE est le rôle de l'intervenante privilégiée. Le cadre de référence précise le type d'intervenante et les qualités professionnelles requises ainsi que les rôles à assumer. Les éléments évoqués pour justifier la pertinence de privilégier cette approche sont qu'elle favorise l'établissement et la consolidation de la relation de confiance avec la famille et qu'elle assure la plus grande continuité avec la même intervenante. Dans cette section du cadre de référence, l'accent est mis également sur le lien de l'intervenante privilégiée avec les autres membres de l'équipe et les liens à établir avec les partenaires.

**Concept connu sous plusieurs étiquettes.** Dans la pratique, les organisations font face à des réalités, à des expériences qui les ont amenées à faire des choix différents. Ainsi, le concept d'intervenante privilégiée et le suivi des familles se concrétisent de différentes façons sur le terrain, de même que les termes utilisés pour nommer l'intervenante plus significative. On parle de « porteur de dossier », de « coach »,

d'« intervenante pivot ». On fait aussi des liens avec le concept de gestionnaire de cas.

**Équipe privilégiée : concept en émergence.** L'analyse des résultats permet de dégager trois façons d'opérationnaliser le concept d'intervenante privilégiée. Un seul milieu (n° 1) l'a concrétisé tel que le proposent les SIPPE, alors que sept autres ont opté pour une « équipe privilégiée » d'intervenantes qui assure l'ensemble des services. Cette dynamique d'équipe se vit pendant la période prénatale surtout entre une infirmière, la nutritionniste et une intervenante sociale. Cependant, dans un milieu, le petit volume de mères ciblées fait que le suivi a été plus fréquemment assuré par l'infirmière (n° 11). L'intervenante sociale est impliquée selon les besoins. Lorsqu'un besoin en nutrition est décelé, l'organisation fait appel à une ressource sous-traitante engagée par un autre établissement. Deux autres milieux fonctionnent différemment (n°s 6, 7). Les modalités retenues par l'un des milieux varient selon le volet des SIPPE. Le Soutien aux jeunes parents est assuré par une équipe structurée ayant le mandat d'intervenir spécialement auprès de cette population. Les intervenantes travaillant auprès des familles en extrême pauvreté ont un fonctionnement qui se situe davantage dans un modèle de multidisciplinarité où chaque intervenante travaille en parallèle; le suivi est assuré par une diversité d'intervenantes qui ne sont pas organisées en équipe (n° 7). La réorganisation vécue au sein d'un autre milieu a conduit à des changements qui n'ont pas permis d'assurer un fonctionnement structuré en équipe (n° 6). Cette dernière était en pleine redéfinition de son fonctionnement au moment de l'entrevue.

**Milieu travaillant avec une intervenante privilégiée.** Un seul milieu a opérationnalisé le concept d'intervenante privilégiée, et il a effectivement une intervenante qui établit un lien presque exclusif avec la mère, la famille. Ce milieu a fait ce choix parce que cela représente aux yeux de son personnel l'essence même du suivi de la population et du cadre de référence. Le personnel ajoute que cela répond aux besoins de sa population, étant donné la fragilité du lien établi avec les familles et la nécessité de les amener à faire confiance à une intervenante dans le contexte d'une relation privilégiée. Selon son expérience,

les familles consultent peu, « se sauvent » même des services; le lien est difficile à créer et, dans ce contexte, un contact régulier avec une même personne est à privilégier. Le fait d'intervenir à plusieurs est perçu par les intervenantes comme une entrave à la possibilité des familles de vivre des réussites. L'intervenante privilégiée assure les multiples tâches exigeant diverses compétences et elle effectue son suivi avec le soutien de l'équipe. L'intervenante privilégiée représente donc les « yeux de l'équipe ». Le premier contact avec la mère se fait par l'infirmière de la clinique de périnatalité. C'est lors de la discussion en équipe qu'est désignée l'intervenante qui assumera le rôle d'intervenante privilégiée, selon sa disponibilité et son intérêt. Les besoins de l'intervention sont secondaires à l'intérêt de l'intervenante, sauf si la situation exige obligatoirement une expertise ou un type d'intervenante précis. Presque toutes les intervenantes peuvent assumer ce rôle : infirmière, intervenante sociale, nutritionniste. Cette intervenante demeure seule dans le suivi tant qu'elle est à l'aise avec son intervention et que le soutien de l'équipe est suffisant. Toutefois, les intervenantes de ce milieu n'excluent pas la possibilité d'instaurer une spécialisation des tâches avec l'augmentation du volume de suivis.

**Justifications du choix de fonctionner avec une équipe privilégiée.** Les milieux concernés soulignent l'importance de faire confiance à la population dans ses capacités à distinguer les rôles des différentes intervenantes. Selon la perception des intervenantes de plusieurs milieux, le fonctionnement en équipe permet très bien d'assurer l'intensité du suivi. Elles considèrent même que cela peut se faire plus facilement avec deux ou trois intervenantes qu'avec une seule. L'adaptation du concept d'intervenante privilégiée pour former plutôt une équipe privilégiée repose sur des convictions liées à des connaissances ou à des expériences, convictions qui s'expriment comme suit :

- le concept d'intervenante privilégiée entre en contradiction avec les concepts d'interdisciplinarité et d'*empowerment*;

« L'interdisciplinarité, pour que ça aille bien, c'est oui, on a une personne qui va être l'intervenant pivot ou imputable. Donc, c'est la personne qui va avoir le lien privilégié mais qui va avoir la responsabilité d'introduire les autres intervenants qui ont un champ spécifique. Sans ça, on revient à la psychodynamique, à l'infirmière qui fait tout, puis qui a pas besoin des autres intervenants. » (n<sup>os</sup> 4, 5)

- les expériences acquises dans les programmes déjà établis, qui ont fait leurs preuves (ex. : programme OLO), amènent à poser la question du « Pourquoi changer une recette gagnante? » De plus, des expériences difficiles lors de l'implantation d'autres programmes ont eu des répercussions sur le fonctionnement des équipes au CLSC, et le personnel ne veut tout simplement pas revivre cela;

« Ça me fait penser un peu à l'approche communautaire, quand on a voulu faire faire n'importe quoi par n'importe qui. » « Ç'avait causé de gros dégâts. [...] Au lieu de créer une synergie au niveau de l'équipe, cela a comme divisé tout le monde. [...] Chacun était dans une position de défense. [...] Puis ça nous a pris des années à réparer ça. » (n<sup>o</sup> 10)

- la difficulté d'opérationnaliser un tel concept, c'est-à-dire d'avoir une seule intervenante qui assure un suivi à long terme. Ce choix est qualifié d'irréaliste en raison de la mobilité du personnel (congé de maternité, départ à la retraite, changement de poste, etc.), de la lourdeur de la situation, de sa complexité ou du volume de suivis et de l'impossibilité pour les infirmières de faire toutes les visites. Dans ce contexte, l'importance de mettre la mère en contact avec plus d'une intervenante est mentionnée.

- Une gestionnaire soulève qu'en poussant à l'extrême ce concept, un seul type d'intervenante pourrait être engagé, ce qui enlèverait la richesse de l'expertise des autres disciplines; le travail en inter-disciplinarité où chacune a un rôle à assumer selon son expertise est reconnu comme une nécessité;

« L'intervenant, à partir de son spécifique, peut faire des choses, mais si tu sors de ça, si tu lui fais faire des choses qui est dans le spécifique d'un autre, y devient tout à fait, en ce qui me concerne, maladroit, incompetent même. [...] ç'aurait été trop long, changer ça. [...] » (n° 10)

« Quand y avait beaucoup de dossiers où y avait une composante sociale importante mais que t'avais pas le travailleur qui est capable d'y répondre comme il faut [...] y avait beaucoup de temps qui passait à essayer d'outiller l'intervenante privilégiée, qui était souvent l'infirmière, à essayer de faire l'intervention. Là, maintenant, on sent que ça avance plus. Les situations sont moins stagnantes. » (n° 8)

- la vision des besoins de la famille et la conviction qu'il est nécessaire de répondre à ceux-ci « au bon moment » : les CLSC se sont exprimés de différentes façons à ce sujet. Certaines intervenantes trouvent important d'être honnêtes en ce qui concerne leurs capacités de soutenir adéquatement la mère. Elles parlent des limites de l'exclusivité et de mettre le meilleur de l'expertise au profit de la famille;

« Les infirmières avaient la broche dans le toupet [...] y étaient pris avec des situations très lourdes qui outrepassaient leur mandat d'infirmières avec pas beaucoup de support d'autres intervenants. [...] puis les gens remettaient beaucoup en question le fait que ça soit une qui soit là du début [...]. Y disaient : quand on arrive en postnatal, c'est pas l'infirmière qui est nécessaire. C'est plus le social ou la psychoéducation. [...] Fait que ç'a amené une évolution un p'tit peu de ce concept-là où les gens adhéraient beaucoup plus à la co-intervention. » « Je crois que chaque professionnelle a son analyse et ses compétences, et c'est en mettant ça ensemble qu'on en arrive à supporter, accompagner, aider le plus possible une clientèle. Alors, quand je suis tout seul, je peux pas [...] être aussi supportant de façon aussi globale que si on est deux-trois-quatre. » (n°s 6-7)

- l'importance, selon les intervenantes, d'avoir un filet de sécurité pour la mère. Si la relation est exclusive, on n'a pas de filet de sécurité. Le travail en équipe permet d'éviter une coupure et la perte du contact avec des mères, des familles, qui surviendrait au moment du départ de l'intervenante qui assume un rôle d'intervenante privilégiée (exclusivité d'intervention);

« Y vont le faire et c'est ce qu'y font. C'est le réflexe naturel. Y vont venir sans rendez-vous puis y vont demander pour l'une ou l'autre qui est là, puis. Alors, y ont une réponse même si y en a une qui est absente. » (n° 8)

- l'équipe privilégiée reflète la réalité quotidienne et permet d'apprendre aux mères à interagir avec différentes intervenantes. Dans la réalité, il faut traiter avec des personnes différentes à la clinique médicale, à l'épicerie, à la pharmacie, etc.; personne ne remplit toutes les tâches pour tous les besoins. De plus, compte tenu des craintes exprimées par des mères à l'égard des intervenantes sociales, les stratégies mises en œuvre par des CLSC visent à diminuer cette méfiance, à démystifier le rôle de l'intervenante, à l'associer à un mieux-être plutôt qu'à des problèmes, notamment en répondant à des besoins d'ordre matériel. Selon leur expérience, l'établissement de ce lien, le plus rapidement possible, favorise la consultation ultérieure de l'intervenante sociale par les familles lorsque le besoin se présente.

**Mécanismes adaptatifs à consolider pour favoriser la continuité des interventions.** Afin d'assurer une cohésion et un suivi dans les interventions entre les membres d'une « équipe privilégiée », des milieux ont conçu des stratégies adaptatives. Ainsi, dans certains milieux une intervenante est désignée pour assurer la continuité à long terme, elle est appelée en général « porteuse de dossier » ou « intervenante pivot ».

De plus, l'importance de personnaliser l'intégration d'une nouvelle intervenante dans le suivi de la famille est reconnue. Ce premier contact pourra être facilité, de façon informelle, en créant des contextes perçus comme moins menaçants par les mères (organisation d'une rencontre apparemment fortuite lors d'un rendez-vous, rencontre lors d'une activité de groupe, etc.). Un milieu précise que le processus unificateur dans un contexte d'équipe privilégiée est l'interdisciplinarité et l'élaboration du plan d'intervention par les différentes intervenantes concernées (n° 9). Enfin, des milieux assurent une coordination des rendez-vous afin d'éviter que plusieurs intervenantes ne se présentent en même temps et que la mère ait à répéter son histoire (n° 8, 9, 10); d'autres prévoient une répartition des suivis dans le temps si plusieurs intervenantes sont impliquées. Ainsi, une des équipes d'un milieu a réparti les rencontres de la période prénatale et celles de la période postnatale entre les divers types de professionnelles (nutritionniste, infirmière, intervenante sociale, psychoéducatrice, médecin) (n° 7). Ici, il y aurait lieu de se questionner sur la contradiction possible entre le fait de fixer à l'avance les rencontres entre des intervenantes et la volonté d'ajuster le suivi aux besoins des familles ou selon le jugement clinique.

**Gains et difficultés entraînés par un fonctionnement en équipe privilégiée.** Au regard du suivi des familles, des gains et diverses difficultés liés au fonctionnement en équipe privilégiée ressortent des entrevues. Les **gains** sont les suivants :

- une diminution de la lourdeur du suivi et de l'isolement professionnel;
- une augmentation de la complicité entre les intervenantes; une meilleure connaissance des expertises et des ressources;
- des retombées positives sur la qualité du suivi si cela se vit non seulement dans la discussion des cas mais aussi dans l'intervention;
- une augmentation de la capacité des familles à traiter avec différents services et différentes personnes, comme dans la vraie vie, ce qui favorise le développement de leur pouvoir d'agir.

Ces retombées sont également mentionnées pour le fonctionnement en équipe interdisciplinaire.

Quant aux **difficultés**, elles seraient liées à :

- un problème d'assignation des dossiers;
- une ambiguïté dans le rôle de l'intervenante privilégiée : jusqu'où aller, quand adresser la personne à une autre ressource?

### **3.4.2 Équipe interdisciplinaire et soutien clinique**

Dans le cadre de référence, les fonctions de l'équipe interdisciplinaire se présentent globalement comme suit : échanger sur les besoins et les services requis par la famille, soutenir l'intervenante privilégiée, maintenir une relation avec les partenaires des réseaux communautaires et institutionnels. Il y est mentionné que toutes les professionnelles susceptibles d'agir comme intervenantes privilégiées ou impliquées dans le suivi intensif des familles font partie de cette équipe, ainsi que l'organisatrice communautaire. La principale contribution de cette intervenante est de faire le lien entre la communauté et les familles afin de mieux répondre aux besoins de ces dernières. La participation d'experts-conseils peut aussi être recherchée, que ce soit au regard de la toxicomanie, de la violence conjugale, de l'engagement paternel, etc. Les conditions décrites comme étant favorables au travail interdisciplinaire sont les suivantes :

- un parti pris pour la gestion participative;
- des buts communs et des mandats clairs;
- un mode de fonctionnement souple et efficace;
- un climat d'ouverture et de confiance;
- un plaisir à travailler ensemble;
- un engagement réel et l'interdépendance des membres de l'équipe.

**Désignation et structuration différentes des équipes.** Au départ, mentionnons qu’une diversité d’appellations est utilisée par chaque milieu pour nommer l’équipe impliquée dans les SIPPE, par exemple : de la Berceuse à l’école, Bien grandir ensemble, Équipe Suivi intensif PSJP et NÉ-GS, Comité PSIPP, Comité OLO (cette dernière équipe ayant décidé de ne pas changer d’appellation), etc. En ce qui concerne la structuration des équipes, certaines couvrent tout le territoire, tandis que d’autres sont réparties en fonction du découpage territorial du milieu (annexe C) ou des populations ciblées (moins de 20 ans, et 20 ans et plus vivant en extrême pauvreté) (n° 7).

**Fonctionnement structuré pour la majorité des équipes.** Toutes les équipes ou presque semblent avoir un fonctionnement structuré mettant l’accent sur les échanges concernant la situation des familles et la formulation des objectifs d’intervention. On y retrouve un fonctionnement en interdisciplinarité où chaque type de professionnelle intervient selon son domaine d’expertise. Deux milieux font exception (n° 6, 7) : dans l’un, seulement dans le cas de l’équipe qui intervient auprès des mères en extrême pauvreté; dans l’autre, cela s’explique par la fusion récente des deux volets des SIPPE. La restructuration a eu des effets sur leur dynamique, et des modalités de fonctionnement restent à préciser. On observe plus fréquemment dans ces milieux un fonctionnement de type multidisciplinaire où chaque intervenante porte sa vision sans qu’il y ait un fonctionnement structuré en équipe. Souvent, ce n’est que lorsque les intervenantes sociales se rendent compte qu’il y a deux ou trois intervenantes dans un dossier qu’une réunion d’équipe est planifiée (n° 6, 7). À noter que, selon les milieux, des intervenantes de l’équipe interdisciplinaire peuvent travailler dans des points de service distincts, ce qui rend plus difficiles les relations interprofessionnelles et peut occasionner des difficultés pour la consultation des dossiers lors des discussions de cas (n° 9). L’annexe D présente de façon schématique la position de tous les milieux au regard du fonctionnement en équipe.

**Écueils de la consolidation de l’interdisciplinarité.** Pour la plupart des milieux, le travail en équipe existait déjà avant l’arrivée du programme NÉ-GS, par exemple pour le suivi de la population ciblée par OLO ou, dans d’autres cas, pour le suivi des jeunes parents (n° 6, 7, 8, 9). Par ailleurs, des intervenantes considèrent que « pas d’équipe, pas de programme ». De plus, lors de l’implantation des SIPPE, les échanges sur l’interdisciplinarité au sein des équipes ont été l’occasion de faire resurgir des conflits latents dans certains milieux (n° 5, 6, 7). Ainsi, des intervenantes ayant reçu certaines formations (ex. : approche psychodynamique) avaient l’habitude de se rendre assez loin dans le suivi et d’orienter tardivement vers les collègues concernées pour des problèmes sociaux. Cette façon de faire a suscité de l’insatisfaction chez les autres intervenantes, notamment du domaine social.

**Composition des équipes et particularités professionnelles<sup>9</sup>.** Habituellement, l’équipe comprend une infirmière, une intervenante sociale, une nutritionniste et une psycho-éducatrice ou une éducatrice; dans d’autres équipes peuvent s’ajouter des orthophonistes ou des médecins, alors qu’un milieu intègre des représentantes d’organismes communautaires. Le milieu travaillant auprès de la population anglophone fait exception : celui-ci doit s’entendre avec un autre organisme du territoire pour bénéficier des services d’une nutritionniste. Les intervenantes « uniques dans leur domaine au sein de l’équipe » doivent en général offrir de services à l’ensemble de la population du programme (la nutritionniste, occasionnellement l’éducatrice, etc.). Dans ce contexte, une nutritionniste souligne qu’elle aurait de la difficulté à répondre à toutes les demandes si les équipes offrant des services aux deux types de population avaient un fonctionnement structuré, puisqu’elle est seule à répondre aux besoins en nutrition périnatale (n° 7).

---

<sup>9</sup> La composition des équipes est décrite dans une annexe distincte du rapport. Celle-ci comporte également de l’information sur les outils utilisés et les activités de groupe offertes par les différents milieux.

**Régularité des rencontres, sauf exception.** La plupart des milieux ont des rencontres planifiées systématiquement, soit à fréquence hebdomadaire, soit toutes les deux, trois ou quatre semaines. L'équipe qui a planifié les rencontres toutes les semaines considère que cela a permis de créer un sentiment d'appartenance et ainsi d'assurer un ajustement plus rapide du suivi auprès des familles par l'intervenante privilégiée. Tel que nous le mentionnions précédemment, font exception le milieu qui avait vécu une fusion et, dans un autre milieu, l'équipe intervenant auprès des mères âgées de 20 ans et plus (n<sup>os</sup> 6, 7).

**Particularités du déroulement et de l'animation des rencontres.** Les rencontres peuvent se diviser en deux ou trois parties. Ainsi, on consacre une part du temps aux discussions de cas et ensuite, des sujets ayant trait à l'opérationnalisation des SIPPE et à la conception d'outils sont abordés. La répartition du temps et des sujets abordés peut varier selon les milieux. L'animation peut être partagée selon la partie de la rencontre, celle réservée aux discussions de cas pouvant être animée par une intervenante sociale, une psychoéducatrice, une éducatrice, l'assistante au supérieur immédiat, la coordonnatrice clinique ou l'intervenante davantage impliquée dans le suivi de la famille, ou être assurée à tour de rôle par les membres de l'équipe. Dans un milieu, l'animation a déjà été assurée par l'organisatrice communautaire (n<sup>o</sup> 3). Cette façon de faire a été modifiée depuis, compte tenu de changements apportés à la définition de ce poste. Pour la partie de la rencontre réservée aux sujets d'ordre administratif, la chef de programme, la coordonnatrice de l'équipe SIPPE ou la chef d'équipe prend le relais. Cette animation peut se faire aussi en collaboration avec l'organisatrice communautaire. Dans la plupart des milieux, toutes les intervenantes qui font des suivis intensifs participent à l'ensemble des réunions. Cependant, pour un milieu, ce sont les intervenantes qui sont impliquées dans les dossiers inscrits à l'ordre du jour qui sont invitées à se joindre successivement à un noyau de base (n<sup>o</sup> 5). Il peut y avoir des participations *ad hoc* d'intervenantes spécialisées (ex. : psychoéducatrices, orthophonistes, etc.) ou externes à l'organisation (ex. : Centre de réadaptation Ubald Villeneuve, Centre jeunesse, etc.).

**Mécanisme de rédaction du plan d'intervention à consolider.** La rédaction du plan d'intervention est généralement faite en équipe interdisciplinaire. Dans un cas, on précise que c'est l'intervenante pivot qui en amorce la rédaction, laquelle est ensuite complétée en équipe (n<sup>o</sup> 10). Plusieurs milieux précisent que c'est un travail en évolution. Certaines indiquent que cette tâche n'est pas faite systématiquement pour toutes les familles ou qu'elle est faite au besoin (n<sup>os</sup> 7, 10). Un des milieux précise que l'augmentation du volume de familles suivies rendra probablement difficile la rédaction des plans d'intervention (n<sup>o</sup> 5). Des intervenantes sociales et des éducatrices disent jouer un rôle proactif à cet égard dans leur milieu (n<sup>os</sup> 6, 7). À l'occasion, la mère peut être impliquée dans l'élaboration et la révision du plan d'intervention, mais cette pratique est rarement retenue.

**Conditions et avantages du travail en équipe interdisciplinaire.** Les conditions désignées par les milieux comme favorisant le travail en équipe interdisciplinaire sont l'authenticité, l'ouverture, la capacité à partager l'information et le goût de s'impliquer. Le travail en interdisciplinarité représente aussi une occasion d'enrichir les discussions de cas à partir des expertises diversifiées des intervenantes, d'obtenir un consensus sur les objectifs d'intervention et d'échanger sur l'intervention. Il représente une source de soutien clinique et psychologique; il est l'occasion de prendre un certain recul par rapport à l'intervention et diminue la lourdeur du suivi et l'isolement professionnel. Le travail en équipe interdisciplinaire augmente la cohésion et représente une source d'enrichissement dans la compréhension des situations familiales ainsi qu'une occasion d'acquérir des compétences dans des domaines autres que sa discipline. Il favorise également une meilleure connaissance des expertises des autres intervenantes ainsi qu'une reconnaissance des champs d'expertise. Il améliore la complémentarité ainsi que la qualité des services offerts. Selon des infirmières, le travail en équipe interdisciplinaire est aussi l'occasion d'aller plus loin dans leur propre domaine d'expertise et ainsi d'augmenter le nombre de suivis. Cela favorise globalement l'*empowerment* des familles, les mères amorçant des démarches et apprenant à se faire confiance, ainsi que celui des intervenantes.

Certains milieux soulignent qu'il y a eu évolution des pratiques, formalisation du fonctionnement et systématisation de la rédaction du plan d'intervention; dans certains milieux, la démarche d'agrément a été un incitatif à cet égard (n<sup>os</sup> 4, 5). La plupart des milieux signifient que leur travail en équipe est en progression, en constante évolution.

**Difficultés du travail en équipe interdisciplinaire.** Parmi les difficultés soulignées au regard du fonctionnement en équipe, des milieux nomment le manque de temps pour des réunions de travail; d'autres parlent de la difficulté à intégrer du nouveau personnel, celui-ci n'ayant pas reçu la formation ou ne partageant pas la même philosophie d'intervention. Cette situation est observée aussi lorsque des intervenantes d'autres équipes ou d'autres organisations sont impliquées dans les suivis. Une autre difficulté exprimée est la participation *ad hoc* d'intervenantes, car celles-ci ne peuvent bénéficier de tous les échanges tenus sur l'implantation des SIPPE ou la conception des outils. Plus d'une fois, les intervenantes ont parlé de l'importance de l'efficacité dans le déroulement des rencontres et du besoin de se doter d'outils et de méthodes de travail à cette fin.

### 3.4.3 Le suivi : durée et intensité

Dans le cadre de référence, la durée du programme a été établie de la grossesse à l'entrée de l'enfant à l'école. La fréquence des visites varie selon le stade de la grossesse et l'âge de l'enfant ainsi qu'en fonction des besoins de la famille. Cette intensité et la durée d'intervention proposées sont les éléments qui représentent le plus grand changement dans les pratiques.

**Durée de l'intervention : un aspect difficile à aborder.** Les intervenantes hésitent à parler de la durée de l'intervention (cinq ans) avec les familles. De plus, étant donné que divers programmes se sont succédé au cours des années, une ambiguïté issue de la durée du programme NÉ-GS, prévue à l'époque pour durer deux ans, a été notée. Des intervenantes croyaient que celui-ci se terminait lorsque l'enfant atteignait deux ans, alors que sa durée avait été ajustée, au cours des dernières années, à celle du PSJP, soit jusqu'à ce que l'enfant entre à l'école. Pour un milieu, cette durée de deux ans a été perçue négativement : on

trouvait difficile d'arrêter l'intervention après cette période (n<sup>o</sup> 1). Soulignons qu'au moment de la collecte de données, l'expérience des intervenantes au regard des SIPPE n'était pas assez longue pour vérifier ce qu'il en était dans la pratique. Les intervenantes se questionnent sur la possibilité d'assurer un suivi sur une période de cinq ans, notamment à partir de la deuxième année, à cause du retour au travail ou aux études.

**Intensité : un concept ayant une double définition.** Lorsque les gestionnaires et les intervenantes parlent d'intensité, elles l'abordent sous deux angles : temps et intensité. D'une part, quand elles en parlent en fonction du temps, elles font référence aux critères des SIPPE. Un milieu a réparti les visites en les attribuant aux différentes professionnelles selon les périodes prénatale et postnatale, justifiant cette décision par les besoins liés à l'évolution de la grossesse ou les besoins préétablis de la famille (n<sup>o</sup> 7). Par ailleurs, des milieux ont établi des thèmes ou des choix d'activités pour alimenter le contenu des visites. Un milieu souligne la pertinence d'élaborer un cheminement clinique pour la période de l'intervention (n<sup>o</sup> 3). D'autre part, des intervenantes ont parlé d'intensité en l'associant à leur engagement comme intervenantes, à l'importance de s'investir auprès de ces familles : « C'est sûr que tu t'impliques pas mal plus longtemps. Tu rentres dans les problèmes de la famille beaucoup plus. Avant, tu survolais un petit peu mais là, tu rentres dedans. » (n<sup>o</sup> 2).

**Adhésion au concept d'intensité... ajustée aux besoins des familles.** Globalement, l'idée d'intensité ou d'un suivi régulier est perçue positivement par le personnel des milieux. Il adhère à ce concept en raison de la vulnérabilité des familles et de la complexité des situations qu'elles vivent. Cependant, les intervenantes disent ne pas suivre, en général, la norme proposée par le cadre de référence pour la régularité du suivi ou ne pas suivre les normes à la lettre, « *by the book* ». Elles soulignent l'importance d'ajuster l'intensité au degré de vulnérabilité des personnes rencontrées, d'avoir une boîte à outils qui facilite la continuité du lien, de se connecter aux besoins, de créer une relation de confiance forte, de suivre le rythme de la mère et de la famille. Cela peut signifier offrir une plus ou moins grande intensité selon les situations, selon le jugement clinique. Malgré les réti-

cences perçues chez des mères, des parents, les intervenantes trouvent important de maintenir une certaine fréquence des visites pour ne pas les perdre de vue et répondre aux besoins au bon moment. Ainsi, pour maintenir des liens, certaines ont mis en place des outils ou des stratégies (ex. : envoi d'une carte d'anniversaire pour rappeler que l'intervenante est là). Selon les intervenantes, la régularité du suivi offre la possibilité d'agir non seulement en situation de crise, mais de procéder à une certaine gestion des risques; cela représente une occasion de faire de la prévention. Elle permet également d'observer des situations plus complexes qui augmentent les échanges avec le Centre jeunesse, ce qui conduit à une plus grande possibilité de faire des signalements, voire d'être convoqué à la cour (n° 2). Comme le suivi proposé se situe dans le cadre d'un « programme », les intervenantes se trouvent justifiées de faire des relances auprès des familles, car elles sentent une « obligation de maintenir le lien ». Toutefois, les intervenantes d'un milieu révèlent que, si elles devaient répondre à plus de familles que le nombre ciblé, elles feraient probablement moins d'efforts pour maintenir le lien (n° 9).

**Mères motivées à consulter pour leur grossesse et non à cause de leur vulnérabilité.** Un autre élément que des intervenantes font ressortir, et qui peut représenter une difficulté pour assurer l'intensité ou la régularité du suivi, est la motivation ou la raison qui amène les mères à consulter. Elles viennent consulter non pas parce qu'elles sont vulnérables, mais parce qu'elles sont enceintes. Ainsi, pour assurer l'intensité voulue, les intervenantes trouvent plus réaliste de considérer aussi les activités de groupe et celles réalisées par le milieu communautaire.

**Intensité : une pratique et une perception.** À l'époque des entrevues, des CLSC avaient l'impression d'offrir en moyenne une plus grande intensité que recommandée ou, du moins, de respecter le minimum. Cette observation ne semble pas concorder avec les données obtenues de l'ADRLCSSSS-CN. Mentionnons qu'au départ, des milieux avaient remis en question les cibles établies, notamment pour le volet Soutien aux jeunes parents, en raison des écarts notés entre une analyse de leurs dossiers et les statistiques fournies par le MSSS (n° 3).

« Si ça y convient, une intensité de trois rendez-vous par semaine, c'est ben beau. Mais si ça y convient pas, à ce moment-là, tu la respectes pas. Puis, à ce moment-là, ce qu'y comprend, c'est qu'on continue de faire qu'est-ce que dans leur vie y ont connu, le DPJ, c'est du contrôle. » « Tu peux même perdre le lien de confiance si tu forces trop. » (n° 6).

**Difficultés liées à l'intensité du suivi.** Diverses difficultés sont vécues par les intervenantes ou les familles. Ainsi, le maintien du suivi peut exiger beaucoup d'appels, les adolescentes filtrant parfois ceux-ci ou annulant les rendez-vous à la dernière minute. De plus, des intervenantes trouvent difficile d'avoir à insister auprès des mères pour assurer l'intensité voulue. Elles considèrent les services de leur organisation comme une mesure volontaire, ce qui, selon elles, va à l'encontre d'une prédétermination de la durée et de l'intensité d'un programme. Prédéfinir l'intensité et la durée de l'intervention leur apparaît illogique. Cette condition est considérée comme irrespectueuse et irréaliste. Elles craignent de faire fuir les familles si elles insistent trop, ou que cela soit perçu comme du harcèlement. Les intervenantes trouvent important de doser, de respecter le rythme, de se servir de leur jugement clinique après avoir évalué les besoins de la famille. Par ailleurs, elles se demandent comment elles pourront assurer l'intensité avec l'accumulation des cohortes d'une année à l'autre. En outre, comment concilier l'intensité avec les besoins liés aux services faisant partie des mesures universelles? D'autres questionnements sont soulevés sur divers aspects : qu'est-ce qu'on fait en cas de refus? Que faire avec les mères difficiles à joindre qui ne retournent pas les appels, ne maintiennent pas le contact ou « disparaissent »? Doit-on poursuivre le suivi sur cinq ans si la famille fait preuve d'autonomie? La mobilité de la population visée fait aussi partie des raisons évoquées par les intervenantes pour expliquer la difficulté à maintenir le lien à long terme avec les familles. Il semble plus difficile également de justifier les visites après les premiers mois de vie de l'enfant ou d'ajuster les agendas, notamment si les mères sont retournées aux études ou ont intégré le marché du travail. Par

ailleurs, dans les plus petits milieux, des mères se sont fait demander par des personnes de leur voisinage pourquoi le « CLSC » venait aussi fréquemment.

### **3.4.4 Activités de groupe, accompagnement dans le milieu et relations avec les partenaires**

Selon le cadre de référence, les activités de groupe viennent appuyer le suivi individuel. Ce type d'activité est présenté comme un moyen de renforcer le potentiel individuel, de briser l'isolement et de favoriser la participation des familles à la vie communautaire. Ces activités sont décrites aussi comme une occasion d'échanges entre parents. Il est proposé qu'elles aient lieu le plus souvent possible en présence des enfants ou, inversement, en présence des parents si elles visent les enfants. Le cadre de référence précise bien que les activités de groupe ne remplacent en aucun temps les visites à domicile, puisque l'évaluation des besoins et le soutien au projet de vie des familles ne se font qu'au moyen de ces visites. Elles sont vues comme un complément au suivi individualisé et, de ce fait, ne sont pas considérées dans le calcul des interventions faites auprès des familles. Les activités de groupe et la collaboration avec le milieu communautaire deviennent des modes d'intervention complémentaires.

**Grande diversité dans les activités de groupe offertes dans la région.** Certains milieux en ont peu, car ils disent ne pas avoir la masse critique ou le volume de population suffisants pour en instaurer ou manque de personnel. Par ailleurs, d'autres milieux en ont instauré beaucoup, c'est important pour eux, cela fait partie de leur vision communautaire de l'intervention (n<sup>os</sup> 9, 10). À noter que les activités de stimulation précoce sont perçues très positivement par les intervenantes, car elles constatent une bonne participation des parents. Selon des intervenantes, ce type d'activité favorise une transition entre le suivi individuel et l'intégration des familles dans la communauté (participation à des activités communautaires) ou constitue une stratégie destinée à maintenir les liens et à assurer l'intensité. Dans un milieu, étant donné la diversité des activités offertes, les intervenantes peuvent y consacrer de 0,5 à 1,5 jour par semaine (n<sup>o</sup> 10). Afin de faciliter la participation des parents à ces activités, des intervenantes parlent de transport, de gardiennage, d'horaire ajusté

aux habitudes de la population, de collations servies au début de l'activité. À ces conditions s'ajoutent la connaissance des animatrices de l'activité surtout si elles font partie de l'équipe, la coanimation de l'activité, les méthodes de recrutement et le temps que les intervenantes peuvent y consacrer. Selon leur expérience, une entrevue préalable permet de mieux cerner les besoins et les capacités des parents et favorise une plus grande participation au groupe qu'un simple contact téléphonique. Des intervenantes trouvent important d'intégrer dans les activités des femmes à faible revenu mais scolarisées, davantage capables de s'exprimer en public, qui peuvent servir de modèles ou même jouer un rôle d'accompagnatrices, de mobilisatrices auprès des autres mères.

**Gains notés chez la population grâce à ce type d'activité.** Selon les intervenantes, la participation aux activités de groupe diminue l'isolement, permet aux personnes de normaliser leurs comportements comme parents ou représente une occasion de modelage (apprentissage par observation), de s'outiller ou d'instaurer des formes d'entraide. Les liens créés peuvent favoriser l'organisation de covoiturage, facilitant ainsi la participation à diverses activités (ex. : natation, magasinage, etc.). Cela augmente la confiance personnelle des participantes et stimule leur participation à d'autres activités. Les activités de groupe peuvent favoriser l'amorce d'un suivi individuel ou devenir une occasion de renforcer les interventions menées en individuel. Les intervenantes soulignent en outre une augmentation de l'*empowerment* des mères. Ce fut l'occasion pour certaines de mettre en œuvre d'autres activités (ex. : activités mensuelles d'échanges entre mères sous forme de déjeuners, cours de RCR par le conjoint d'une mère, production d'un journal pour les après-midi OLO, etc.) ou de créer de nouvelles ressources (ex. : Club Poussettes, réseau de soutien pour le gardiennage, etc.) et de maintenir les liens entre les participantes. Leur implication dans les activités de groupe devient une occasion de valorisation personnelle, d'acquisition d'expériences et même, pour certaines, un tremplin vers l'intégration au marché du travail ou pour un retour à l'école (n<sup>o</sup> 10). Dans un autre milieu, la participation au programme Jeunes femmes en action fut l'occasion pour des mères de découvrir ou de redécouvrir leurs capacités (poursuite de la scolarisation) ou encore

d'augmenter leurs aptitudes à se prendre en charge et à se faire confiance (n° 9).

**Problèmes ou difficultés avec les activités de groupe.** Parmi les difficultés observées, les gestionnaires et les intervenantes parlent de la mobilité du personnel, d'un manque de disponibilité, des problèmes de transport sur le territoire, d'assiduité aux activités. Dans les milieux où une plus grande fréquence des activités est notée, des intervenantes parlent de chevauchements dans l'horaire des activités et même d'une surcharge dans l'agenda des mères, le succès des activités ayant des répercussions sur l'horaire des familles et celui des intervenantes. À partir de leur expérience, certains milieux envisagent une réévaluation de l'offre de service qui tiendra compte de la faible participation ou de la faible assiduité des participantes selon les cas, ou de la grande diversité des activités offertes.

**Concordance entre le cadre de référence et les activités d'accompagnement dans le milieu.** Selon le cadre de référence des SIPPE, ce type d'activité a pour but de donner de l'information sur les ressources, d'orienter les familles vers les services, les activités ou les ressources du milieu, de les accompagner ou de les conduire vers les ressources et, au besoin, de participer avec celles-ci aux activités, le temps que les parents apprivoisent le milieu et s'y intègrent. Ce type d'activité est effectivement mené par les intervenantes des différents milieux.

**Partenariat établi sur différents plans.** Présentement, il n'est pas toujours facile pour les milieux de distinguer les activités qui font partie de l'Accompagnement des familles de celles de Soutien à la création d'environnements favorables. En effet, certaines activités peuvent être associées à des activités intersectorielles lorsqu'elles sont faites avec la collaboration d'un ou de plusieurs partenaires, alors que les objectifs poursuivis peuvent être d'ordre clinique surtout. Divers partenariats ont été établis avec les acteurs du milieu, qu'ils soient de type institutionnel (centre jeunesse, centre local d'emploi, centre de la petite enfance, milieu scolaire, etc.) ou de type communautaire (organismes du milieu). Le degré de collaboration peut varier : il peut s'agir d'échange d'information, de partage de services ou de locaux, de coanimation d'activités, de participation

à l'équipe interdisciplinaire, d'échange d'activités s'intégrant dans la mission de l'organisme communautaire, de collaboration à des activités dans la communauté ou de partenariats dans la réalisation de projets communs.

### **3.4.5 Transfert du dossier de la population suivie lors d'un changement d'adresse**

**Pas de modalités définies pour le transfert des dossiers d'un territoire à l'autre.** L'information recueillie révèle qu'il n'y a pas vraiment de mécanismes uniformes ou de modalités particulières qui ont été instaurés pour les SIPPE. Plusieurs souhaiteraient voir clarifier cette procédure. Le processus de transfert peut être assuré par l'intervenante qui a été la plus en contact avec la mère ou la famille ou est discuté chaque fois qu'une situation se présente. La procédure peut varier selon l'intervenante concernée. Un milieu précise qu'il n'a pas eu à effectuer de transferts depuis le début de l'implantation des SIPPE (n° 1). Afin de favoriser leur maintien dans les SIPPE, les intervenantes d'un des milieux soulignent aux mères que ce type de suivi est accessible partout dans la province (n° 2). Presque toutes disent demander aux mères de signer un formulaire de consentement pour l'envoi d'information ou du résumé de dossier au nouveau CLSC, ce qui ne semble pas représenter de difficultés particulières : « Je pense que souvent, y vont être contentes de signer ou d'accepter qu'on fasse le transfert parce qu'y veulent pas recommencer toute leur histoire encore » (n° 8).

**Mécanismes de transfert.** Parmi les procédures privilégiées par les différents milieux se retrouvent, habituellement, un contact préalable avec une intervenante de l'autre CLSC, un transfert personnalisé ou la communication d'information aux mères afin qu'elles entrent en contact directement avec l'organisme. Certaines vont vérifier la procédure que les mères préfèrent. Divers milieux font mention de l'importance ou du devoir de procéder à un transfert personnalisé compte tenu de la vulnérabilité de la population ciblée ou le justifient aussi par le fait que le lien est établi depuis longtemps. Cette option apparaît d'autant plus bénéfique pour les mères démunies, timides ou réservées. Cela ne veut pas dire pour autant que la démarche a été systématisée même dans leur milieu. Un milieu dit vérifier l'intérêt des

mères à continuer à recevoir le service. Toutefois, afin d’éviter un refus, une intervenante privilégie une formule comme celle qui suit : « est-ce que t’es intéressée de connaître l’infirmière qui va faire comme moi j’ai fait ici depuis que t’as le bébé, depuis le mois de novembre, puis que tu réfères à elle quand t’as besoin? [...] Redonne-moi ta nouvelle adresse. De toute façon, j’vais aller te voir puis je vais te faire signer l’autorisation de transférer les renseignements. » (n°9). Un milieu ajoute qu’il est possible dans certaines circonstances qu’une visite soit rendue à la famille même après le déménagement afin de faciliter le transfert, et ce, avec entente avec le nouveau CLSC (n° 8).

**Conditions pour faciliter les transferts.** Certaines conditions pouvant influencer le mécanisme de transfert ont également été dégagées : la désignation d’une intervenante pivot responsable des transferts dans chaque milieu (n°s 5, 8), le maintien du lien par le CLSC d’origine avec la mère si le milieu de résidence est instable (n° 10), l’offre du soutien OLO pour le premier mois de transition et une meilleure connaissance du fonctionnement des autres milieux (n° 5).

**Difficultés ou problèmes éprouvés.** Compte tenu de la qualité des liens établis entre la mère et les intervenantes, des milieux précisent que des mères souhaitent demeurer avec le CLSC d’origine, souhait auquel ce dernier peut agréer un certain temps afin d’éviter de les perdre. Toutefois, les intervenantes vont expliquer les avantages d’entrer en contact avec le nouveau CLSC. Des observations sont formulées par les mères sur le manque d’harmonisation des services et leur déception de ne pas recevoir les mêmes services que ceux auxquels elles étaient habituées (n°s 2, 3, 4, 10). Ces écarts peuvent amener des mères à vouloir maintenir le lien avec le CLSC d’origine. Un seul milieu rapporte qu’une mère a refusé le transfert, celle-ci jugeant la poursuite du suivi non nécessaire, notamment en raison de l’amélioration de sa situation matérielle (n° 2). Ce qui peut compliquer le transfert est la méconnaissance même de la possibilité du déménagement de la famille. Parmi les autres difficultés qui ont pu affecter la continuité des services :

- l’absence de retour d’information du nouveau CLSC (n° 2) et le doute que cela peut soulever

sur le maintien du suivi auprès de la famille (n°4);

- l’observation d’un manque de continuité du suivi auprès des familles très vulnérables, ce qui amène des intervenantes à s’interroger sur la définition de la vulnérabilité dans les autres milieux, notant également une différence dans l’intensité et la nature des services offerts (n° 7);
- le non-respect d’un transfert personnalisé par le nouveau CLSC, le délai dans la transmission du résumé (n° 10);
- la difficulté plus grande de maintenir le lien lors d’un transfert postnatal (n° 2);
- le manque d’uniformité et les lacunes observées dans les procédures d’orientation de la population entre les milieux;
- le délai dans la prise de contact par le nouveau CLSC, délai conduisant les mères à relancer le CLSC d’origine (n° 10);
- le changement dans la définition du groupe d’âge ciblé par le volet Soutien aux jeunes parents (20 ans ou moins, ou moins de 20 ans à l’inscription ou à l’accouchement) (n° 10).

Un formulaire conçu pour l’orientation entre les différents prestataires de services prénatals ne semble pas répondre complètement aux besoins des intervenantes. Pour plusieurs, les modalités du transfert restent à clarifier (information à joindre, personne qui doit signer, etc.), même si des procédures ou formulaires existent en théorie dans tous les milieux (n° 9).

### 3.5 Composante Soutien à la création d’environnements favorables

Au cours de l’entrevue, les relations existant entre les composantes Accompagnement des familles et Soutien à la création d’environnements favorables ont été analysées. Des liens directs existent dans neuf milieux. En général, cela se traduit par une participation de l’organisatrice communautaire aux réunions de l’équipe interdisciplinaire ou de l’équipe 0-5 ans et, pour un des milieux, cela se concrétise en plus par la participation d’une intervenante de l’équipe interdisciplinaire à la table intersectorielle (n° 8). Dans un des milieux, l’organisatrice communautaire joue un double rôle, c’est-à-dire celui d’intervenante sociale dans l’équipe interdisciplinaire et celui d’organisatrice communautaire (n° 2). Pour cette intervenante, le fait d’avoir à s’impliquer dans les deux composantes lui occasionne des problèmes de gestion du temps. Pour plusieurs, les rencontres d’équipe deviennent un lieu où l’évolution des travaux liés au Soutien à la création d’environnements favorables peut être rapportée spontanément. Dans le cas de deux milieux, des difficultés d’arrimage et de vision avec la personne responsable de l’organisation communautaire ont été soulevées, sa situation dans un autre milieu pendant un certain temps rendant les communications plus difficiles (n°s 6, 7). Sa participation aux rencontres de la grande équipe a toutefois favorisé de meilleurs échanges sur les ressources et les services et permis de mieux répondre aux besoins des familles. Dans deux milieux, les besoins des familles perçus par les intervenantes de l’équipe ont été communiqués de façon plus formelle aux organisatrices communautaires.

Plus d’un milieu a souligné l’effet positif de la participation des membres de l’équipe interdisciplinaire aux activités dans la communauté sur l’établissement des liens avec les ressources du milieu. Les professionnelles de la DRSP soulignent l’importance d’une meilleure connaissance mutuelle du travail accompli par les intervenantes de chaque composante pour favoriser des liens entre les deux types d’intervenantes. Même si cela est inscrit dans le cadre de référence, la pertinence que l’organisatrice communautaire assiste régulièrement aux discussions de cas est remise en question. Il est suggéré de créer des milieux d’échange entre les deux types d’intervenantes ou

qu’une intervenante de l’équipe participe aux travaux de la table intersectorielle.

### 3.6 Autres commentaires

Cette section présente divers sujets abordés au cours des entrevues et qui peuvent représenter un intérêt dans le cadre de l’analyse du processus d’implantation et des pratiques d’intervention. L’information touche cinq thèmes :

1. SIPPE et stratégies nationale et régionale pour leur implantation dans les CLSC.
2. Formation.
3. Reddition de comptes, financement, statistiques.
4. Questions éthiques.
5. Perspectives.

#### 3.6.1 *SIPPE et stratégies nationale et régionale pour leur implantation dans les CLSC*

**Le transfert de « programmes » expérimentés ailleurs versus la réalité des milieux.** Divers commentaires ont été formulés concernant le transfert de « programmes » expérimentés dans d’autres pays ou d’autres contextes. Parmi ceux-ci, on note l’importance de tenir compte de la réalité du milieu. Des intervenantes ont dit avoir apprécié être consultées au cours de la rédaction des SIPPE, mais elles se demandent également ce qu’il est advenu de leurs commentaires. Elles n’ont pas l’impression que ces derniers ont été considérés, notamment ceux liés au concept de l’intervenante privilégiée. Par contre, la circulation de différents programmes ou versions de ceux-ci depuis le début de l’implantation du programme NÉ-GS a suscité une certaine confusion, notamment en ce qui concerne la durée (deux ans et cinq ans) des programmes et l’intensité du suivi de la population ciblée. De plus, lors des échanges, des milieux ont précisé que l’étape d’implantation est dépassée, qu’il faut plutôt parler de consolidation, distinction jugée importante à faire. Pour plusieurs, divers facteurs peuvent influencer la mise en œuvre des SIPPE : le contexte géographique, les caractéristiques de la population vulnérable, notamment celles des jeunes mères, qui peuvent varier beaucoup d’un territoire à l’autre, le contenu de l’offre de services en périnatalité, le volume de naissances, la mobilité

des familles, etc. Au cours des entrevues, un des milieux aurait souhaité qu'on valide sa façon d'implanter les SIPPE (n° 1). Par ailleurs, une professionnelle de la DRSP suggère de vérifier si d'autres milieux privilégient un fonctionnement en une ou deux équipes (Soutien aux jeunes parents et Soutien aux familles en extrême pauvreté) et d'en documenter les avantages et les inconvénients.

**Maintien souhaité des SIPPE.** En général, la pérennité des SIPPE est souhaitée étant donné les effets bénéfiques observés chez la population visée. Des gestionnaires disent que, quoi qu'il advienne des SIPPE, elles vont travailler au maintien des valeurs et des pratiques qui en découlent. Cela représente un plus pour la population ciblée, car les intervenantes partent de ses besoins, de son projet de vie, de ses forces. D'autres ont aussi parlé de la valeur ajoutée créée par les SIPPE. Ceux-ci donnent une direction. Ils viennent mettre des mots sur des choses qui se faisaient avec OLO. Ils créent une occasion de faire plus et mieux. Plus précisément, le cadre de référence favorise un langage commun ainsi que l'établissement d'une vision globale et commune. Il favorise et renforce la nécessité de travailler en équipe interdisciplinaire de façon plus systématique, notamment par des discussions de cas et la rédaction des plans d'intervention. Les SIPPE permettent la consolidation du soutien clinique et clarifient la trajectoire de services. En plus des acquis énumérés, des milieux reconnaissent que son implantation a même des répercussions sur la qualité du suivi offert au reste de la population.

**Effets notés sur la pratique.** Certains effets sur la pratique ont été mentionnés lors des entrevues :

- augmentation de l'intensité du suivi;
- diminution du volume de population aidée afin d'offrir l'intensité voulue à la population vulnérable;
- augmentation des visites à domicile, justifiée parfois par les problèmes de transport;
- engagement à plus long terme et plus en profondeur des intervenantes dans leur relation avec les familles;
- plus de relances afin de maintenir le lien;

- plus de sensibilité à l'ensemble des besoins des familles et à l'accompagnement;
- fonctionnement plus structuré de l'équipe;
- augmentation de la collaboration et de la concertation;
- augmentation de la durée du suivi, qui accroît la probabilité d'observer des situations plus complexes, de signalements et d'échanges avec le Centre jeunesse. Par conséquent, les possibilités de convocation à la cour augmentent, ce qui peut représenter un aspect nouveau dans la pratique des intervenantes : « C'est sûr que tu t'impliques pas mal plus longtemps. Tu rentres dans les problèmes de la famille beaucoup plus. Avant, tu survolais un petit peu mais là, tu rentres dedans. »;
- plus d'autonomie, une meilleure prise en charge et une certaine fierté des mères à parler de leurs acquis, effets notés lorsqu'elles se présentent pour une deuxième grossesse.

**Autres conditions de réussite des SIPPE.**

L'importance des communications interministérielles et la promotion des SIPPE auprès des partenaires pouvant jouer un rôle sur un plan ou l'autre sont d'autres conditions de réussite mentionnées par les milieux. Toutefois, un milieu souligne que la responsabilité de la promotion appartient également à la DRSP et au MSSS étant donné le mandat régional de certaines organisations ou partenaires concernés (n° 8). Un autre milieu mentionne la nécessité de faire le maximum pour aller vers la population ciblée afin de toucher la population la plus vulnérable (n° 1).

**Difficultés éprouvées avec les SIPPE.** Le personnel des milieux a fait part également de plusieurs difficultés :

- **Concernant la Direction régionale de santé publique :**
  - le volume des programmes et des priorités à gérer en provenance de la santé publique;
  - la mobilité du personnel de la santé publique et le manque de continuité dans le transfert d'information et des pratiques; par exemple, les CLSC ont dû discuter à

répétition des mêmes sujets (ex. : intervenante privilégiée).

- **Concernant les SIPPE :**

- le peu de place laissé à l'*empowerment* des intervenantes par le cadre de référence : « Où se situe la marge de manœuvre, la capacité d'adaptation du programme au milieu? »;
- l'arrivée tardive du cadre de référence et de la formation;
- l'arrivée des « programmes » en plusieurs versions;
- l'arrivée des SIPPE (« un si gros programme ») sans outils et le délai pour les obtenir, ce qui a amené des intervenantes à en créer pour répondre à leurs besoins d'intervention. À cet égard, la possibilité de se doter d'outils régionaux est remise en question en raison des pratiques propres à chaque milieu;
- avec l'arrivée du programme NÉ-GS, la banalisation de la population qui bénéficiait d'un suivi en raison de conditions de vulnérabilité, mais qui ne répondait pas aux critères d'admissibilité du programme (ex. : trouble de la personnalité, problèmes de santé mentale);
- le besoin de matériel en version anglaise s'adressant aux parents (souhait formulé par le milieu concerné).

- **Concernant des concepts liés aux SIPPE :**

- la compréhension du concept d'intervenante privilégiée (exclusivité *versus* co-intervention); pour certaines, dans le cadre de référence, ce concept renvoie davantage à de la transdisciplinarité;
- la contradiction entre certains concepts qui se retrouvent comme axes d'intervention dans les SIPPE : intervenante privilégiée et interdisciplinarité, le travail interdisciplinaire étant perçu comme une modalité d'intervention auprès des familles qui va à l'encontre du concept d'intervenante privilégiée;
- des irritants liés à l'utilisation de ces concepts ainsi qu'en ce qui a trait à

l'intensité, car l'adaptation du suivi aux besoins des familles est souhaitée;

- les critères d'admissibilité, dans la mesure où la vulnérabilité peut se retrouver même chez les mères scolarisées;
- les changements apportés dans les structures à l'échelle régionale et par conséquent le manque d'information sur les activités du Comité régional de soutien au déploiement des SIPPE.

- **Concernant les intervenantes :**

- la difficulté pour les intervenantes d'avoir à offrir un service à une population ciblée qui vient consulter pour la grossesse ou d'autres besoins particuliers personnels ou familiaux et non pour entrer dans un programme intensif et à long terme. Dans ce contexte, elles ont l'impression d'être des « vendeuses de services », alors qu'auparavant elles fonctionnaient à partir du volontariat des personnes, à partir d'une demande de services;
- le questionnement autour de l'ouverture de dossiers lors de l'implication de nouvelles intervenantes : un seul dossier ou un dossier pour chaque personne (mère, père, bébé)?
- des problèmes liés à la sécurité du personnel, compte tenu du fait que certains parents peuvent avoir des comportements agressifs (n° 2);
- l'essoufflement du personnel avec l'arrivée du PSJP, l'accumulation des suivis avec les années et l'arrimage des suivis avec ceux des mesures universelles, difficultés mentionnées autant par les gestionnaires que par les intervenantes.

- **Concernant la population jointe :**

- la difficulté de suivre celle-ci quand elle déménage;
- la complexité du processus d'obtention du soutien financier par les jeunes mères.

**Appellations : sujet matière à controverses.**

Pour terminer, disons que les milieux trouvent difficile de s'y retrouver avec les différents changements de noms. Plusieurs commentaires ont été formulés à cet égard, recommandant de trouver un nom simple et facile à retenir. La plupart des expressions utilisées pour nommer les « programmes », que ce soit programme de suivi intensif, programme pour les familles vulnérables, Naître égaux – Grandir en santé, suscitent des réactions, les intervenantes disent que cela vient étiqueter, marginaliser la population ciblée. Des milieux ajoutent, entre autres, que le qualificatif « vulnérable » peut avoir un effet décourageant sur les intervenantes qui ont à travailler avec ces familles, qu'il est faux de dire que l'on naît égaux, et que l'expression « services intégrés », cela ne veut rien dire.

### 3.6.2 Formation

**Diversité de formation... ouverture aux partenaires.**

Les intervenantes ont reçu de la formation sur divers thèmes depuis les débuts de l'implantation du programme NÉ-GS, notamment sur ses composantes, le vécu des familles en situation de pauvreté, l'interdisciplinarité, le développement de l'enfant, le PSJP, etc. Les intervenantes invitées à participer aux formations pouvaient être celles de l'équipe 0-5 ans ou celles travaillant dans le programme OLO, le programme NÉ-GS ou le PSJP. Des milieux ont aussi invité leurs partenaires, surtout pour la formation sur la pauvreté. Toute la gamme des réactions a été observée au regard des formations, passant de l'enchantement au « déjà vu » et au « pas utile ». Des personnes trouvaient difficile de s'exprimer compte tenu du délai qui s'était écoulé depuis la tenue de ces formations.

**Formation sur la pauvreté : effets sur la pratique.**

Plusieurs personnes ont apprécié la formation offerte sur la pauvreté et parlé de ses effets positifs, que ce soit parce qu'elle leur a permis de

se sensibiliser, d'acquérir une compréhension commune de la pauvreté, ainsi que des situations vécues par les familles et des raisons justifiant certains de leurs choix (ex. : utilisation d'un cellulaire et coupure du téléphone, moins bons choix alimentaires dans le quotidien alors qu'elles font de meilleurs choix si l'occasion se présente) ou d'acquérir une meilleure connaissance des programmes d'aide. Ce fut pour plusieurs l'occasion d'une réflexion sur leurs préjugés ou leurs valeurs relativement à cette population. Certaines disent être passées du jugement à la compréhension; d'autres mentionnent avoir modifié leur façon d'intervenir, celle-ci étant maintenant plus axée sur les besoins de la famille que sur un cadre prédéfini au départ. Une équipe précise que les échanges sont plus faciles. Cependant, même pour cette formation, des opinions contradictoires ont été entendues de la part des intervenantes d'un milieu : d'un haut degré de satisfaction à l'impression qu'elle n'a apporté aucun gain réel dans leur travail. Selon les intervenantes d'un autre milieu, cette formation est venue teinter l'intervention menée auprès de l'ensemble de la population.

**Formation sur l'interdisciplinarité.**

Cette formation a été l'occasion d'améliorer leur compréhension des concepts de multidisciplinarité et d'interdisciplinarité et de favoriser l'acquisition d'un langage commun. Ici aussi, un milieu souligne que ce concept a fait l'objet d'un transfert dans l'ensemble de ses pratiques. Les outils proposés par cette formation ne semblent pas avoir satisfait les attentes d'un milieu.

**Autres thèmes.**

Mentionnons que des intervenantes ont pu bénéficier d'autres formations offertes par leur organisation ou d'autres organisations, par exemple une formation sur le plan d'intervention et une sur la nutrition pendant la grossesse offerte spécialement aux nutritionnistes des CLSC et des centres hospitaliers travaillant en périnatalité. Cette dernière formation donnée principalement par le Dispensaire diététique de Montréal a sensibilisé l'intervenante concernée à l'importance des visites à domicile et de leur fréquence. La pertinence de la formation reçue par les intervenantes de deux milieux lors de l'implantation d'un programme sur la toxicomanie en périnatalité (Passerelle) a été soulignée. De plus, le Programme national de formation (PNF) a

été qualifié d'aidant par les milieux qui ont établi des liens avec les SIPPE (n<sup>os</sup> 8, 9, 10). L'un indique que ce type de formation favorise l'acquisition de connaissances, entre autres, sur l'attachement et le développement des enfants. Un autre mentionne que des outils proposés dans ces sessions auraient facilité la mise en place de l'équipe.

**Besoins de formation.** Les intervenantes souhaitent une formation afin d'améliorer leur compréhension de l'*empowerment* et des modalités d'intégration de cette approche (malaise vécu) dans leur pratique. Celle-ci est également souhaitée par des gestionnaires « compte tenu de la complexité des situations rencontrées, de l'importance de croire en la résilience et du besoin de développer les habiletés nécessaires pour aider les familles à reprendre du pouvoir sur leur vie ». Deux milieux indiquent qu'« elle devrait même faire partie d'une formation de l'organisation, car ce type d'approche est pertinente auprès de toutes les populations desservies » (n<sup>os</sup> 6, 7). D'autres contenus ont été proposés, soit sur le projet de vie, soit sur des thèmes en relation avec la périnatalité : intervention adaptée aux jeunes parents, toxicomanie, santé mentale, attachement, violence conjugale, développement psychosocial de l'enfant.

**Processus à améliorer pour tenir compte des expertises et favoriser l'appropriation.** Sur le processus de formation et l'importance de viser le transfert des connaissances dans la pratique, des gestionnaires précisent qu'il devrait y avoir des pauses entre les sessions afin de favoriser l'intégration des apprentissages. D'autres proposent qu'il y ait des sessions post-formation afin d'offrir la possibilité aux intervenantes de discuter de leurs expériences, de faire des liens avec leurs pratiques, d'en favoriser l'appropriation, besoin reconnu aussi par les professionnelles de la santé publique. Cela a été souligné comme une lacune, notamment pour la formation sur l'interdisciplinarité et l'*empowerment*. Des mécanismes de formation continue sont souhaités notamment pour le nouveau personnel afin de faciliter son intégration : « Je pense qu'il faut prévoir un programme de formation qui se répète d'année en année [...] ou de deux ans en deux ans. Mais ça prend une répétition à cause de ce qu'on vit au niveau du travail actuellement. C'est comme ça

partout là. » (n<sup>o</sup> 7). On va même jusqu'à proposer la planification d'un programme de formation avec des thèmes de fond : « Tu détermine ça à l'avance puis, après ça, t'établis un programme sur trois-quatre ans de formation, puis y a répétition de cette formation-là. » (n<sup>os</sup> 6, 7). Les gestionnaires veulent être consultées, afin que les besoins de formation de leur milieu soient bien cernés. Il est également recommandé d'ajuster le contenu des formations à la formation de base et à l'expérience des intervenantes.

**Difficultés ou insatisfactions.** Lors des formations, les discussions répétitives sur certains concepts liés au programme, notamment l'intervenante privilégiée, ainsi que les écarts notés dans les réalités vécues par les différents milieux concernant l'implantation du programme ont représenté des sources d'insatisfaction. Un essoufflement a été ressenti en raison du nombre des formations offertes, qui s'ajoutaient à d'autres formations. Des gestionnaires précisent que certaines sont arrivées en conflit avec d'autres priorités de travail. Parmi les autres difficultés éprouvées, on note : la mobilité du personnel, le statut du personnel (occasionnel), l'obligation de recadrer les intervenantes en référence à leurs pratiques à la suite des formations. Il est demandé d'être plus sélectif dans la formation offerte, de s'interroger sur les retombées, et surtout de reconnaître l'expérience acquise au cours des années, notamment au regard de la pauvreté et de la vulnérabilité.

**Regard particulier sur la formation visant la consolidation des SIPPE et s'adressant à des agents multiplicateurs.** Les attentes des participantes ne concordaient pas avec les objectifs de la formation : les participantes souhaitaient acquérir une plus grande compréhension des SIPPE, alors que l'accent était mis sur les techniques d'animation. La perception d'être tenues d'appliquer le cadre tel quel a suscité à nouveau des réactions lors des échanges sur l'intervenante privilégiée, concept apparaissant contradictoire avec la mise en place de l'interdisciplinarité. Par ailleurs, la demande de tenir une telle formation avec les partenaires était qualifiée de prématurée; une réflexion sur les pratiques avec les intervenantes concernées était jugée plus pertinente compte tenu de la mobilité vécue au sein des équipes (n<sup>o</sup> 9). Le fait que des milieux n'ont pu

envoyer l'organisatrice communautaire à la formation en raison d'un manque de disponibilité a suscité par la suite quelques difficultés dans l'organisation de la formation locale. De plus, les organisations ont trouvé les objectifs de cette formation très ambitieux étant donné le temps alloué pour la planification et la réalisation de l'activité par les agents multiplicateurs; de leur point de vue, le temps nécessaire a été sous-estimé.

### 3.6.3 *Reddition de comptes, financement, statistiques*

**Des « Services intégrés » avec une double reddition de comptes.** La lourdeur administrative associée à une double budgétisation et à une double reddition de comptes a été dénoncée par toutes les gestionnaires et représente un irritant important. Selon elles, comment parler d'intégration dans ces circonstances? Elles souhaitent fortement une intégration des budgets et, par conséquent, des suivis administratifs.

**Caractéristiques de la double budgétisation.** Du point de vue de certains milieux, le financement du MSSS pour le volet Soutien aux jeunes parents est arrivé au bon moment. Il a permis l'engagement de ressources professionnelles (intervenantes sociales, nutritionnistes, infirmières, etc.) et, par la suite, la consolidation de l'équipe. Pour d'autres, cela a aussi été l'occasion d'offrir différentes mesures d'aide. Pour le volet Soutien aux familles vivant en extrême pauvreté, le sous-financement représente un irritant et celui-ci est reconnu par les professionnelles de la santé publique. Dans ce contexte, les milieux doivent limiter l'accessibilité du programme même pour des familles qui répondent aux critères. Ces dernières sont alors dirigées vers le programme OLO. Cependant, le suivi offert à ces familles ne peut alors être aussi intensif, quoique des milieux disent assurer un suivi intensif même si ces familles ne sont pas inscrites dans les statistiques des SIPPE. Les milieux ont souligné également l'écart entre l'investissement qui leur est demandé (participation à des formations, mise en place de structures liées à l'implantation, etc.) et le financement reçu et, par conséquent, le nombre de mères à joindre (petit nombre pour certains). Les milieux souhaitent pouvoir utiliser le financement alloué au volet Soutien aux jeunes parents qui n'a pu être utilisé à cette fin pour répondre aux besoins de suivi de

mères âgées de 20 ans et plus. Dans les faits, les gestionnaires veulent pouvoir offrir un suivi adéquat, quel que soit l'âge des mères, selon les besoins de leur milieu. L'importance d'avoir un budget récurrent pour la création de postes permanents et assurer une certaine stabilité de l'équipe est rappelée. Cela permettrait également d'augmenter le volume de familles jointes. La précarité du financement et le sous-financement rendent difficiles le maintien de la mobilisation des équipes et la pérennité des activités ainsi que la gestion des ressources humaines et des services. Une stabilité du financement alloué aux projets intersectoriels est aussi souhaitée afin de couvrir au moins une période de deux ans. Il est recommandé que les organismes communautaires puissent avoir un financement de base qui leur assure une certaine stabilité.

**Conditions facilitantes et difficultés.** Pour favoriser la consolidation des SIPPE, autant les professionnelles de la DRSP que le personnel des milieux soulignent l'importance de sensibiliser les directions des organisations à la pertinence d'investir dans ce type de programme, d'avoir un financement adéquat afin d'offrir ce type d'intervention quel que soit l'âge de la personne et d'avoir des ressources humaines en nombre suffisant afin d'offrir le suivi recommandé. Un milieu ajoute que le bilan annuel représente une occasion de s'ajuster continuellement aux orientations proposées (n° 2).

**Problèmes liés aux statistiques.** Des milieux soulignent l'écart existant entre le nombre de mères suivies dans la réalité, souvent plus élevé, et le nombre de suivis financés. Les données fournies pour la période financière 2003-2004 par l'ADRLSSSS-CN ont suscité diverses réactions de leur part. Un milieu, entre autres, remet en question la validité des données concernant le nombre de jeunes mères ciblé. Les responsables indiquent qu'après vérification, le nombre de naissances est moindre chez les mères âgées de moins de 20 ans à l'accouchement que celui proposé par le MSSS et par conséquent par l'ADRLSSSS-CN (n° 3). Pour la plupart des gestionnaires et des intervenantes, le fait de ne pas considérer les activités de groupe ne donne pas une bonne idée du suivi offert réellement à la population visée. Elles souhaitent vraiment que cette contribution soit reconnue compte tenu des

effets positifs observés : « Ça crée la demande. Ça crée le lien. Puis après ça, on peut aller en individuel. » (n° 9).

### 3.6.4 Questions éthiques

**Malaise éthique lié à la composition de l’équipe.** L’importance du travail en équipe interdisciplinaire implique de nouvelles réalités qui entraînent des interrogations sur l’échange et l’utilisation de l’information confidentielle sur les familles. Il semble que, parmi les nouvelles intervenantes, certaines soient moins sensibilisées à cet aspect de la confidentialité. La composition des équipes lors des discussions de cas et le fait que des personnes non impliquées dans le suivi participent à ces discussions soulèvent un questionnement éthique au regard de la confidentialité de l’information. Ce malaise s’explique aussi par le fait que les mères sont informées du travail en équipe, mais pas nécessairement du nombre de personnes qui participent aux discussions de cas. Des milieux en sont venus à être plus sélectifs dans l’information fournie lors des discussions de cas afin de préserver un certain degré de confidentialité, identifiant parfois les personnes seulement par un prénom.

**Dimensions qui soulèvent d’autres interrogations.** D’autres sujets ont été abordés lors des entrevues : comment traiter l’information qui vient d’un tiers? Comment rédiger les notes aux dossiers en tenant compte des situations délicates et complexes observées et de l’utilisation qui peut en être faite d’un point de vue juridique (ex. : Direction de la protection de la jeunesse)? Le contexte d’intervention crée également un dilemme entre l’obligation de signaler et la volonté de maintenir la relation avec la famille.

**Effets d’une réflexion éthique sur les SIPPE.** Le texte rédigé à la suite de l’échange qui s’est tenu avec un avocat éthicien et l’équipe de la DRSP (secteur 0-5 ans) a suscité diverses réactions. Un premier aspect touchait l’information à fournir aux personnes ciblées par le programme : « Il faut partir du principe que celui-ci [l’usager] doit en savoir autant que nous. Nous ne sommes pas obligés de tout dire dès la première rencontre, ni d’entrer dans tous les détails immédiatement, mais il faut le faire aussitôt que possible. En ce qui concerne la durée de participation à un pro-

gramme, on peut s’exprimer sous forme “d’horizon” à envisager. En fait, une partie du travail est dans la manière de présenter l’information pour qu’elle soit transparente et facilement compréhensible. Soulignons que la personne demeure libre de sortir du programme en tout temps » (M.-T. Giroux, 2003, p. 5). Le deuxième aspect concernait les conditions liées à la période où l’on peut considérer la personne comme faisant partie des SIPPE : « Si l’intervenant estime que l’état de sa relation avec l’usager ne lui permet pas encore de parler d’un programme, l’usager ne peut être considéré comme faisant partie de ce programme. Suivant le principe de l’autonomie de la personne, l’usager doit donner son accord avant qu’il ne participe à une relation d’aide ou à un programme » (*Loc. cit.*). Ainsi, une mère ne peut être considérée comme faisant partie des SIPPE si elle n’a pas reçu l’information pertinente et si elle n’a pas donné officiellement son consentement à y participer (consentement libre et éclairé). Cette orientation a eu un effet sur la tenue des statistiques de certains milieux, la famille étant inscrite plus tard, alors que le suivi intensif pouvait avoir débuté au premier rendez-vous.

### 3.6.5 Perspectives

**Objets de réflexion dans la foulée de la consolidation du programme.** Des questionnaires ainsi que des professionnelles de la DRSP se questionnent sur l’effet de l’implantation des réseaux locaux sur la consolidation des SIPPE. On s’interroge aussi sur l’effet de l’accumulation des cohortes avec les années et sur la capacité des milieux à assurer l’intensité du suivi ainsi que la diversité des services (mesures universelles et sélectives). L’augmentation de la lourdeur de la gestion liée au volume des suivis, l’effet potentiel sur l’augmentation de la taille de l’équipe et la possibilité d’une spécialisation de l’équipe soulèvent également des interrogations. D’autres perspectives de travail sont envisagées :

- **Sur le plan du lien intervenant-famille :**

- consolider les acquis et les stratégies afin de maintenir le lien et l'intensité avec les familles;
- soutenir les intervenantes dans l'établissement d'une relation d'aide significative avec et pour les familles;
- travailler l'intégration de l'*empowerment* dans la pratique des intervenantes; ces dernières disent parfois vouloir davantage que les familles.

- **Sur le plan des services offerts et à offrir :**

- procéder à une analyse des services offerts à la population des 0 à 5 ans et faire les liens avec ceux qui existent déjà;
- se questionner sur le suivi à établir pour les enfants âgés d'un à quatre ou cinq ans;
- vérifier la pertinence d'offrir à la population touchée une activité sur la gestion du temps et la conciliation famille-travail-retour aux études.

- **Sur le plan des pratiques d'intervention :**

- s'assurer de l'intérêt des intervenantes à travailler dans le programme;
- favoriser une plus grande appropriation du programme par les intervenantes;
- faciliter la complémentarité des intervenantes et créer un plus grand sentiment d'appartenance;
- favoriser des échanges entre les intervenantes étant donné le manque de consensus dans l'équipe sur le rôle de l'intervenante privilégiée;
- consolider le travail en équipe interdisciplinaire compte tenu de la remise en question de l'efficacité de cette façon de travailler;
- désigner un responsable clinique dans chaque organisation afin de favoriser le travail de l'équipe interdisciplinaire.

- **Sur le plan des pratiques de collaboration :**

- concevoir des outils pour favoriser l'interdisciplinarité et pour définir des ententes de collaboration avec d'autres organisations;
- améliorer la concertation interprogrammes, notamment en santé mentale, étant donné le chevauchement possible des populations suivies;
- faciliter l'opérationnalisation des concepts et des axes d'intervention des SIPPE par un accompagnement ou un soutien afin d'éviter de perdre du temps ou, au besoin, par la formation de groupes de tâches avec un mandat clairement défini.

Un des milieux a souligné l'importance de l'évaluation pour consolider et rectifier les orientations adoptées lors de l'implantation du programme (n° 2). À ce sujet, les personnes interrogées ont rappelé qu'elles étaient intéressées à obtenir des données sur les effets des SIPPE sur l'enfant.



## 4 PISTES DE RÉFLEXION POUR LA CONSOLIDATION DES SIPPE

Le but de l'étude était de fournir des connaissances structurantes sur l'état d'avancement de l'implantation des SIPPE et sur les pratiques mises en place pour en opérationnaliser la composante Accompagnement des familles. La démarche visait à cerner comment les pratiques actuelles s'inscrivent ou non en cohérence et en continuité avec le cadre de référence des SIPPE, à partir de l'expérience amorcée avec l'implantation du programme NÉ-GS et du PSJP, deux programmes ayant précédé les SIPPE. L'analyse n'avait pas pour objectif de comparer les différents milieux, mais plutôt de dégager certains constats qui découlent de l'implantation. Ce profil présente la situation en vigueur au printemps 2004 dans les onze milieux ciblés pour l'implantation des SIPPE. Depuis la collecte de données, la situation a évolué à la lumière de divers événements qui ont été sources de réflexion pour les différents milieux : la tenue des entrevues, la validation des profils, la journée d'échange avec les directrices et les chefs des programmes FEJ, l'activité de consolidation des SIPPE (module 1 du MSSS) ainsi que toutes les réunions des équipes et leur bilan annuel. La journée d'échange qui s'est tenue avec les gestionnaires fut l'occasion de présenter les résultats préliminaires de l'étude; cette activité s'est tenue cinq mois après la collecte de données (automne 2004). Elle avait pour but de définir les orientations régionales à privilégier en vue de la consolidation des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Plus précisément, les objectifs étaient de prendre connaissance des résultats préliminaires de l'évaluation de l'implantation et de déceler les éléments qui causent problème dans le déploiement actuel de même que les solutions potentielles. Les résultats préliminaires liés aux principaux axes d'intervention des deux composantes du programme ont été discutés.

**Forces et limites de l'étude.** Cette étude comporte des **forces** évidentes. Le cadre de référence a servi de base à l'élaboration des outils de collecte de données, et une analyse du degré d'implantation des SIPPE a pu ainsi être effectuée. Plusieurs intervenantes et toutes les gestionnaires de chacun des milieux ont été rencontrées; leurs points de vue couvrent ainsi une grande

diversité d'expériences. À la suite de l'échange avec les gestionnaires FEJ s'est ajoutée la possibilité pour les différents milieux de réinvestir, cinq mois après la fin de la collecte de données, les principaux résultats découlant de l'étude. Les **limites** de l'étude concernent surtout certaines sources de données qui n'ont pu être traitées. Ainsi, à la suite des entrevues, nous avons constaté qu'il y avait très peu de sources documentaires accessibles, et que celles-ci variaient beaucoup d'un milieu à l'autre. Il a donc été décidé de travailler à partir du matériel des entrevues. De plus, une analyse plus approfondie des statistiques obtenues sur la population jointe et l'intensité du suivi a fait ressortir divers problèmes éprouvés lors de la collecte et du traitement informatique de ces données, notamment en ce qui concerne le nombre de nouvelles mères inscrites aux SIPPE. Il a donc été décidé, après entente avec les gestionnaires FEJ des CSSS, de ne pas utiliser cette information aux fins du rapport étant donné les réserves quant à leur validité. La validité de l'information recueillie sur la population jointe à partir de l'année 2005-2006 doit s'améliorer avec le développement de la fiche de périnatalité dans le système d'information des CLSC (I CLSC). De plus, le contenu des visites effectuées par les intervenantes n'a pas été documenté. Enfin, le long délai entre la tenue de certaines activités de formation et les entrevues n'a pas permis de bien cerner les effets de ces activités. Dans cette étude, seul le point de vue du personnel des différents milieux a été documenté; il sera très pertinent dans un deuxième temps d'aller rencontrer des familles jointes par les SIPPE afin de connaître leur perception des services reçus et des modalités de l'intervention (ex. : équipe privilégiée).

La **présente section du rapport** met en évidence les principaux constats qui se dégagent des résultats de l'étude. Les orientations régionales qui ont découlé des échanges tenus à l'automne 2004 au regard de la consolidation du programme y sont intégrées. Elles peuvent être reconnues par la présence de la lettre O à la fin des énoncés concernés. L'annexe E peut être consultée pour la synthèse des orientations adoptées au cours de cette rencontre.

**SIPPE : leur pertinence et une opportunité influencée par l'expérience acquise.** Depuis l'année 2000, le processus d'implantation a été amorcé par tous les milieux. Même si les SIPPE sont perçus par certains comme « venant d'en haut », les différents milieux confirment leur pertinence. Le cadre de référence est qualifié d'aidant et vient confirmer le mandat des CSSS auprès de la population vivant en contexte de vulnérabilité. Il représente une occasion d'instaurer une philosophie et des pratiques (interdisciplinarité, *empowerment*, intersectorialité) lesquelles, aux dires de certains gestionnaires, demeureraient même si le « programme » devait disparaître. Des gestionnaires font mention du transfert de certains principes d'intervention des SIPPE auprès du reste de la population bénéficiant de services de leur organisation. L'importance d'intervenir en priorité auprès des familles vivant en contexte de vulnérabilité est reconnue. Il semble cependant parfois difficile d'intégrer ce type d'intervention dans l'agenda des intervenantes, qui doivent offrir à la fois des services dans le cadre des mesures universelles et sélectives. Les nouveautés associées aux SIPPE ou aux programmes qui l'ont précédé sont le concept d'intervenante privilégiée, une intensité de suivi sur une longue période et l'action intersectorielle. Plusieurs éléments des SIPPE ont été mis en place au cours de l'implantation. L'expérience des gestionnaires et des intervenantes a influencé les décisions prises au cours de ce processus, notamment en ce qui concerne l'adhésion ou non au concept d'intervenante privilégiée.

**Adaptation de certains critères de sélection.** Les critères de sélection du volet Soutien aux jeunes parents (moins de 20 ans) sont maintenant respectés par tous les milieux. La diversité des situations rencontrées dans ce groupe amène les intervenantes à remettre en question la pertinence de leur intervention lorsque les jeunes mères ne présentent pas d'autres facteurs de vulnérabilité que leur jeune âge, toutes les autres conditions étant adéquates par ailleurs (ex. : présence du conjoint, environnement familial soutenant). Pour le volet Soutien aux familles vivant en contexte d'extrême pauvreté, il semble plus difficile de respecter le critère d'admissibilité lié à la sous-scolarisation. Pour un milieu, le fait d'avoir complété son secondaire n'est pas nécessairement un facteur d'exclusion lorsque d'autres conditions de

vulnérabilité significatives comme des difficultés d'intégration personnelle et sociale sont décelées. Globalement, des intervenantes restent préoccupées par les familles vulnérables qui ne remplissent pas les critères d'admissibilité aux SIPPE. De plus, étant donné le sous-financement de ce volet, les milieux doivent se donner d'autres critères de sélection, ce qui représente également une contrainte.

**Stratégie de promotion à établir.** Diverses stratégies sont utilisées pour joindre la population ciblée. Les plus fréquemment mentionnées sont le programme OLO et le suivi postnatal systématique, auxquels s'ajoutent les cliniques de périnatalité dans certains milieux. Le suivi postnatal systématique permet de joindre les familles et les mères qui n'ont pu bénéficier du suivi pendant la grossesse. Malgré l'existence de ces mécanismes, la conception de stratégies de promotion provinciale, régionale et locale est souhaitée afin de mieux faire connaître les SIPPE aux partenaires concernés, notamment aux médecins. Il a été entendu que des efforts sont à faire en ce sens pour joindre toute la population visée par le programme (O).

**Présentation des SIPPE à consolider.** En raison des critères d'admissibilité définis, il apparaît plus facile de présenter les SIPPE aux jeunes parents qu'aux mères vivant en contexte de vulnérabilité. Pour les intervenantes, il est moins marginalisant d'offrir un service à une personne à cause de son âge qu'en raison de son faible revenu et de sa sous-scolarisation. Dans ce dernier cas, il leur est plus difficile de justifier la régularité du suivi et l'intensité proposée, sans marginaliser les personnes aidées ou sans porter atteinte à leur dignité. Plusieurs milieux souhaitent que des modalités de présentation des SIPPE soient clarifiées et mieux définies.

**Concept d'intervenante privilégiée élargi à une équipe.** En plus de la confusion notée autour du concept d'intervenante privilégiée, celui-ci apparaît difficile à concrétiser; certains milieux croient même qu'il n'est pas souhaitable de le faire. À l'exception d'un milieu, tous les autres ont opté pour une approche avec une « équipe privilégiée ». Cette position a été justifiée de différentes façons : reflet de la réalité qui oblige à traiter dans le quotidien avec diverses personnes, mobilité des

intervenantes, filet de sécurité lors du départ d'une intervenante, pratique déjà établie et qui a fait ses preuves, mécanisme favorisant le maintien de l'intensité, accès à la ressource pertinente au bon moment, etc. Cependant, malgré une position qui va dans le sens d'une équipe privilégiée, deux milieux ont encore à concrétiser cet aspect des SIPPE, les équipes concernées fonctionnant davantage en multidisciplinarité. Dans la région, il a été entendu que le rôle de l'intervenante privilégiée pouvait être assumé par une personne ou une équipe, chaque personne devant s'assurer d'établir un lien de confiance avec la famille (O).

### **Pratique interdisciplinaire en cheminement.**

Plusieurs milieux avaient déjà développé un fonctionnement en équipe interdisciplinaire, plus précisément avec l'implantation du programme OLO. Lors de la journée d'échange régionale, considérant l'ouverture au concept d'équipe privilégiée, une orientation a été définie afin d'assurer une coordination et une continuité de l'intervention. Celle-ci vise la mise en place d'un mécanisme de coordination du suivi des familles (dossiers), ce qui signifie concrètement la désignation d'une personne responsable du plan d'intervention (gestionnaire de cas ou intervenante pivot) afin de s'assurer que les actions sont effectivement réalisées et que l'intensité du suivi est respectée. En plus de ces conditions visant à assurer un suivi adéquat des familles, des préoccupations ont été formulées au regard du nouveau personnel, soulignant la pertinence de mettre en place des mécanismes d'intégration facilitant son appropriation de la philosophie et des différents éléments des SIPPE (O).

### **Fonctionnement des équipes interdisciplinaires en évolution.**

La majorité des équipes présentent un fonctionnement structuré, sauf deux. Pour la plupart, c'est une façon de travailler qui s'est développée avec le programme OLO. Toutefois, les équipes mentionnent une plus grande formalisation de leur fonctionnement avec l'arrivée des SIPPE. Beaucoup d'avantages sont associés à cette façon de travailler. Cependant, les milieux parlent d'un travail en évolution. Un questionnaire demeure sur plusieurs points : la participation des intervenantes (participation associée uniquement à la présentation d'un dossier-famille *ou* pour toute la rencontre), la mobilité des intervenantes et l'intégration du nouveau personnel, le

temps exigé par les rencontres, la surcharge de l'agenda avec l'accumulation des cohortes suivies, l'efficacité de ce mécanisme (processus de discussions de cas, dynamique d'équipe et outils à bonifier), etc. La rédaction régulière du plan d'intervention et sa révision, qui représentent pourtant une obligation légale, demeurent des pratiques à consolider (O).

### **Durée d'intervention à expérimenter et intensité à consolider.**

Il est impossible pour l'instant de dire ce qu'il en est de la durée du suivi des familles, puisque celle-ci est prévue de la grossesse à l'entrée à l'école et que le début de l'implantation ne remonte pas assez loin dans le temps. Dans la réalité, certaines orientations des SIPPE sont perçues comme étant en opposition, notamment l'intensité de l'intervention et le retour au travail ou aux études, qui réduit la disponibilité des mères pour les rencontres avec les intervenantes. Toutefois, l'intensité est vraiment perçue positivement. Les milieux y adhèrent en raison de la vulnérabilité des familles et de la complexité des situations qu'elles vivent. Pour les intervenantes, cela représente une occasion de faire de la prévention. De plus, le fait que l'intervention soit encadrée par un « programme » facilite et légitime les relances auprès des familles et la mise en œuvre de stratégies afin de maintenir le lien avec celles-ci. Le suivi avec une équipe privilégiée est perçu comme un bon moyen d'assurer l'intensité; certaines autres pratiques retenues méritent également une réflexion, notamment la planification d'une alternance programmée des intervenantes pour assurer le suivi des familles. On peut s'interroger sur l'utilité ou la place accordée au jugement clinique lorsque le cadre d'intervention est circonscrit de cette façon. La mobilité de la population jointe est un autre facteur qui rend difficile le maintien d'une continuité du suivi. L'importance de créer et de maintenir un lien avec la population ciblée, et ce, dans le respect des besoins, des attentes et du rythme des familles, et de définir des stratégies en ce sens a été rappelée dans les orientations régionales (O).

### **Activités de groupe à documenter et à réévaluer.**

Pour certains milieux, il est difficile d'effectuer ce type d'intervention en raison du faible volume global de population sur leur territoire. Le manque d'accessibilité du transport en commun est également une autre contrainte nom-

mée, même si celle-ci n’est pas vécue avec la même acuité dans chacun des milieux. Cette question pourrait faire l’objet d’un suivi dans le cadre de l’action intersectorielle. D’autres milieux se trouvent davantage victimes de leur succès et de leur dynamisme : l’agenda des familles devient ainsi surchargé à cause de la diversité des activités offertes. Dans un cas comme dans l’autre, une réévaluation de l’offre de service est envisagée par certains milieux. Ce type d’activité est perçu comme une transition entre le suivi individuel et l’intégration dans la communauté et, par conséquent, jugé pertinent. Par contre, une stratégie visant à mieux décrire la participation à ce genre d’activité par les familles est souhaitée. Un répertoire des activités offertes dans tous les milieux a été produit lors de la collecte des données (O). Une autre orientation régionale vise à s’assurer que les intervenantes connaissent et appliquent l’approche communautaire ainsi que celle liée à l’appropriation du pouvoir par les familles (O).

**Rôle d’accompagnement et relations avec les partenaires bien établis.** Tous les milieux assument leur rôle d’accompagnement en conformité avec celui décrit dans le cadre de référence. Certains milieux ont impliqué les partenaires tôt dans le processus d’implantation, alors que d’autres les ont invités à participer à la formation ou à s’impliquer dans l’organisation d’activités. Un milieu a maintenu leur participation dans les discussions de cas. Les réseaux de partenaires (se connaître et se reconnaître) et l’utilisation de ces réseaux semblent être des réalités bien concrètes. Cependant, le problème de la mobilité du personnel au sein des organisations partenaires est noté là aussi. De plus, il n’est pas toujours facile de savoir si les personnes sont mandatées pour représenter officiellement l’organisme. Assurer la continuité de leur contribution peut être perçue comme très exigeant compte tenu de la nature de leur mission. Par ailleurs, des difficultés éprouvées dans certaines relations interétablissements peuvent nécessiter des clarifications quant aux rôles assumés par chacun dans le suivi des familles (centres jeunesse, Centre de réadaptation Ubald Villeneuve, centre local d’emploi, etc.). L’établissement d’interfaces avec des intervenantes travaillant dans d’autres programmes à l’interne doit aussi être regardé dans le contexte de la consolidation des SIPPE, car les mêmes problèmes peuvent être observés (ex. : santé men-

tales, toxicomanie, violence). Un soutien pour la consolidation des SIPPE et la formation de groupes de tâches font également partie des mécanismes considérés. Les liens entre les intervenantes impliquées dans les deux composantes n’ont pas toujours été vécus de façon satisfaisante. Cependant, ceux-ci semblent évoluer positivement et seront examinés de façon plus approfondie dans la deuxième partie de ce rapport.

**Mécanismes de transfert à définir lors d’un changement du lieu de résidence.** Cet événement peut représenter une période critique pour le maintien de la continuité avec les familles. Pour certains milieux, compte tenu de la vulnérabilité des familles ou du lien établi avec elles, un transfert personnalisé avec le nouveau CLSC apparaît nécessaire. Des procédures plus claires sont souhaitées ainsi qu’une rétroaction sur le suivi assuré après le transfert. Dans ce contexte, l’importance d’harmoniser les offres de service et les critères d’admissibilité est rappelée. Les questions du non-respect des demandes de transfert personnalisé ou du délai pour établir le contact avec les familles adressées devraient faire partie des discussions.

**Processus d’implantation des acquis et besoins d’appropriation.** Selon l’expérience des gestionnaires, les programmes n’arrivent pas toujours au moment opportun; elles doivent souvent gérer l’implantation de nouveaux programmes en même temps que d’autres événements considérés aussi comme des priorités de santé publique. Cela peut expliquer l’essoufflement noté chez les intervenantes dans les différents milieux. De plus, les changements de nom du programme et les changements apportés dans ses paramètres (changements dans la durée et l’intensité) ne sont pas toujours évidents autant pour la population visée que pour les milieux concernés. Le fait également qu’on ait diffusé un cadre de référence sans outils n’a pas facilité le processus d’implantation. L’arrivée de ceux-ci sera très appréciée, même si plusieurs milieux en ont produit pour répondre à leurs besoins.

**Processus de formation et besoins d’appropriation.** Le message des personnes rencontrées est clair : avant de planifier des activités de formation, il est important de consulter les gestionnaires, autant sur le contenu que sur le calendrier. Le délai écoulé depuis la tenue des différentes forma-

tions offertes au début de l’implantation n’a pas permis de vraiment préciser les gains associés à chacune. Les formations sur le thème de la pauvreté et de l’interdisciplinarité semblent avoir davantage influencé la pratique. La formation sur la pauvreté a eu des effets positifs dans la majorité des milieux. Elle a favorisé un changement d’attitudes et une plus grande compréhension du contexte des familles. Par conséquent, elle a influencé la façon d’intervenir. La formation sur l’interdisciplinarité a favorisé l’acquisition d’un langage commun, même si les outils proposés n’ont pas toujours répondu aux attentes. Bien que les activités de formation leur aient paru nombreuses, les milieux ont exprimé d’autres besoins à cet égard : *empowerment*, projet de vie, adaptation de l’intervention aux jeunes parents, toxicomanie, santé mentale, attachement parental, violence conjugale, développement de l’enfant. Afin qu’elles puissent porter un regard critique sur l’intégration dans leurs pratiques de ces nouvelles philosophies ou stratégies d’intervention, un suivi postformation est fortement suggéré. La mise en place d’un mécanisme de formation continue (programme de base qui se répète de façon cyclique) est également souhaitée pour le nouveau personnel. Travailler davantage sur les besoins, les forces des familles, le projet de vie des parents fait partie des changements qui ont contribué à l’amélioration de la qualité des services offerts aux familles vivant en contexte de vulnérabilité. L’intervention auprès de ces familles et la philosophie développée ont eu des répercussions sur la qualité du suivi offert au reste de la population du territoire.

**Financement à compléter, reddition de comptes à intégrer.** Le sous-financement cause des problèmes d’accessibilité aux SIPPE, notamment pour le volet s’adressant aux femmes enceintes et aux mères âgées de 20 ans et plus vivant en contexte d’extrême pauvreté. Cela oblige les équipes à considérer d’autres critères d’admissibilité afin d’accorder la priorité aux familles présentant plus de besoins. En matière d’équité, les milieux trouvent important d’avoir un budget adéquat pour offrir les services à l’ensemble de la population ciblée. Une sensibilisation à l’intention des gestionnaires de CLSC et des partenaires sur la pertinence d’investir dans ce type de programme est souhaitée. La double reddition de comptes, soit une pour chaque volet des

SIPPE, représente vraiment un irritant pour les gestionnaires. Une intégration des deux volets des SIPPE permettant l’utilisation du financement pour l’ensemble de la population ciblée est ardemment souhaitée par les gestionnaires et les professionnelles de la DRSP.

**Questions éthiques qui demeurent.** Quelle information fournir à la population sur les SIPPE lors de l’offre de service? Est-il éthique de procéder à des discussions de cas avec des intervenantes qui ne sont pas impliquées dans le suivi? En ce qui concerne l’inscription aux SIPPE, pourquoi ne pas considérer les familles dès le début de l’intervention? Des réponses à ces questions sont attendues tant de l’échelon régional que provincial. Parmi les orientations définies lors de la journée d’échange, deux thèmes touchent l’éthique :

- faire une offre de service le plus tôt possible (deuxième ou troisième rencontre) et obtenir le consentement libre et éclairé de la personne;
- inscrire dans le système d’information clientèle des CLSC (I CLSC) toutes les mères admises dans l’un ou l’autre des volets des SIPPE (O).

**Pertinence d’un comité régional responsable de la consolidation des SIPPE.** Ce comité a évolué dans le temps. Il a assumé un rôle dans la gestion des changements et se veut un lieu d’échange visant à soutenir la consolidation du programme. Quoique s’étant exprimées différemment au cours des années, les difficultés liées à la circulation de l’information demeurent et exigent la mise en place de mécanismes efficaces de communication. La réorganisation vécue au cours de la dernière année avec l’implantation des CSSS devra être prise en considération car la gestion des équipes d’intervention implique maintenant un palier administratif supplémentaire pour certains CSSS.



## CONCLUSION

---

Plusieurs éléments des SIPPE ont été mis en place depuis que s'est amorcée l'implantation du programme NÉ-GS à la fin des années 1990 et au début des années 2000. Cependant, les différentes étapes de l'implantation des SIPPE (arrivée de NÉ-GS, PSJP) et le fait que le cadre de référence et les outils n'existaient pas encore n'ont pas été des circonstances facilitantes. De plus, la consolidation des SIPPE représente un défi dans un contexte où les intervenantes ont à offrir des services à des populations ciblées par d'autres programmes. Il peut ainsi devenir plus difficile pour celles-ci d'offrir l'intensité requise par les SIPPE.

L'ensemble du matériel recueilli dans l'étude devient donc un outil de travail autant pour la DRSP que pour les gestionnaires FEJ et les intervenantes de chaque milieu. Il leur permettra de porter un regard critique sur les pratiques en vigueur dans leur milieu et sur les actions à réaliser afin de mieux répondre aux besoins des populations vulnérables ciblées et de s'ajuster aux conditions de réussite des SIPPE. Ce rapport peut servir de base commune pour discuter d'harmonisation des pratiques. À noter que cette réflexion est déjà amorcée depuis la diffusion des résultats préliminaires de l'étude à l'automne 2004. Soulignons que, malgré les difficultés vécues ou envisagées avec la réorganisation des services à l'échelle sous-régionale, on perçoit un parti pris en faveur de la consolidation des SIPPE dans la région.

À partir des résultats de l'étude, les objectifs de travail se présentent globalement comme suit :

- clarifier les critères de sélection de la population visée par les SIPPE, notamment pour le volet sous financé : Soutien aux familles qui vivent en contexte d'extrême pauvreté;
- consolider les stratégies locale et régionale de promotion des SIPPE;
- développer une stratégie de présentation des SIPPE aux familles ciblées et s'assurer de l'obtention de leur consentement;
- assurer la coordination et la continuité de l'intervention lors d'un fonctionnement en équipe privilégiée par la désignation d'une personne responsable;
- consolider le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire afin d'en assurer l'efficacité et préciser les modalités liées à la rédaction du plan d'intervention et du plan de services individualisé;
- clarifier le questionnement éthique qui découle du fonctionnement en équipe interdisciplinaire;
- consolider l'intensité et la continuité du suivi des familles en considérant les réalités vécues au cours de celui-ci (retour au travail ou aux études, intégration de l'enfant dans les services de garde, etc.);
- clarifier les mécanismes de transfert des dossiers lors d'un changement de territoire;
- poursuivre la réflexion sur les activités de groupe (pertinence, nombre, accessibilité, participation) et mieux cerner leur place dans le cadre des deux composantes des SIPPE;
- mettre en place un mécanisme de formation continue facilitant l'intégration du nouveau personnel dans les SIPPE;
- définir les modalités permettant de répondre aux besoins de formation et d'appropriation des intervenantes à l'égard du projet de vie, de l'*empowerment*, de l'adaptation de l'intervention aux jeunes parents, de la toxicomanie, de la santé mentale, de l'attachement parental, de la violence conjugale, du développement de l'enfant;
- élaborer un suivi post-formation favorisant l'intégration des nouvelles approches ou des stratégies d'intervention dans la pratique des intervenantes;
- assurer la circulation de l'information entre les différents acteurs (gestionnaires, intervenantes; CSSS, organismes communautaires, DRSP, etc.) impliqués dans la consolidation des SIPPE;
- assurer un financement adéquat des deux volets des SIPPE et alléger la reddition de comptes découlant de la double budgétisation à défaut d'avoir un financement intégré pour les deux volets.

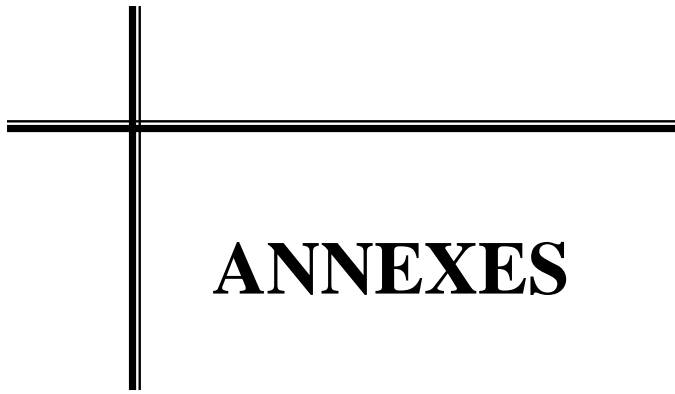


## **BIBLIOGRAPHIE**

---

- BOYER, G., et J. LAVERDURE (2000). *Le déploiement des programmes de type Naître égaux-Grandir en santé. Avis de l'Institut national de santé publique du Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 44 p.
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE QUÉBEC (2001). *Programme NÉ-GS de la région de Québec. Admissibilité des familles au suivi intensif à domicile*, Beauport, Direction régionale de santé publique, p 4.
- GIROUX, M.-T. (2003). *Aspects éthiques de la mise en œuvre des programmes intensifs périnataux destinés aux familles vulnérables*, Beauport, Direction de santé publique de Québec, Équipe Adaptation familiale et sociale, secteur 0-5 ans, 9 p. [Conférence tenue le 27 novembre 2002. Prise de notes, rédaction et validation avec le conférencier par Mario Corbeil et Marie-Claire Lepage].
- GUBA, E. G., et Y. S. LINCOLN (1989). *Fourth Generation Evaluation*, Thousand Oaks (CA), Sage Publications.
- MICHAUD, A.-A. (2000). *Le français en santé. Guide linguistique*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 270 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2004a). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Cadre de référence*, [Québec], Le Ministère, 107 p. [Version préliminaire].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2004b). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Cadre de référence*, Québec, Le Ministère, 79 p.
- TREMBLAY, G., et coll. (2001). *Programme Naître égaux – Grandir en santé dans la région de Québec. Rapport d'étape 1999-2001*, Québec, Direction de santé publique de Québec, 29 p.



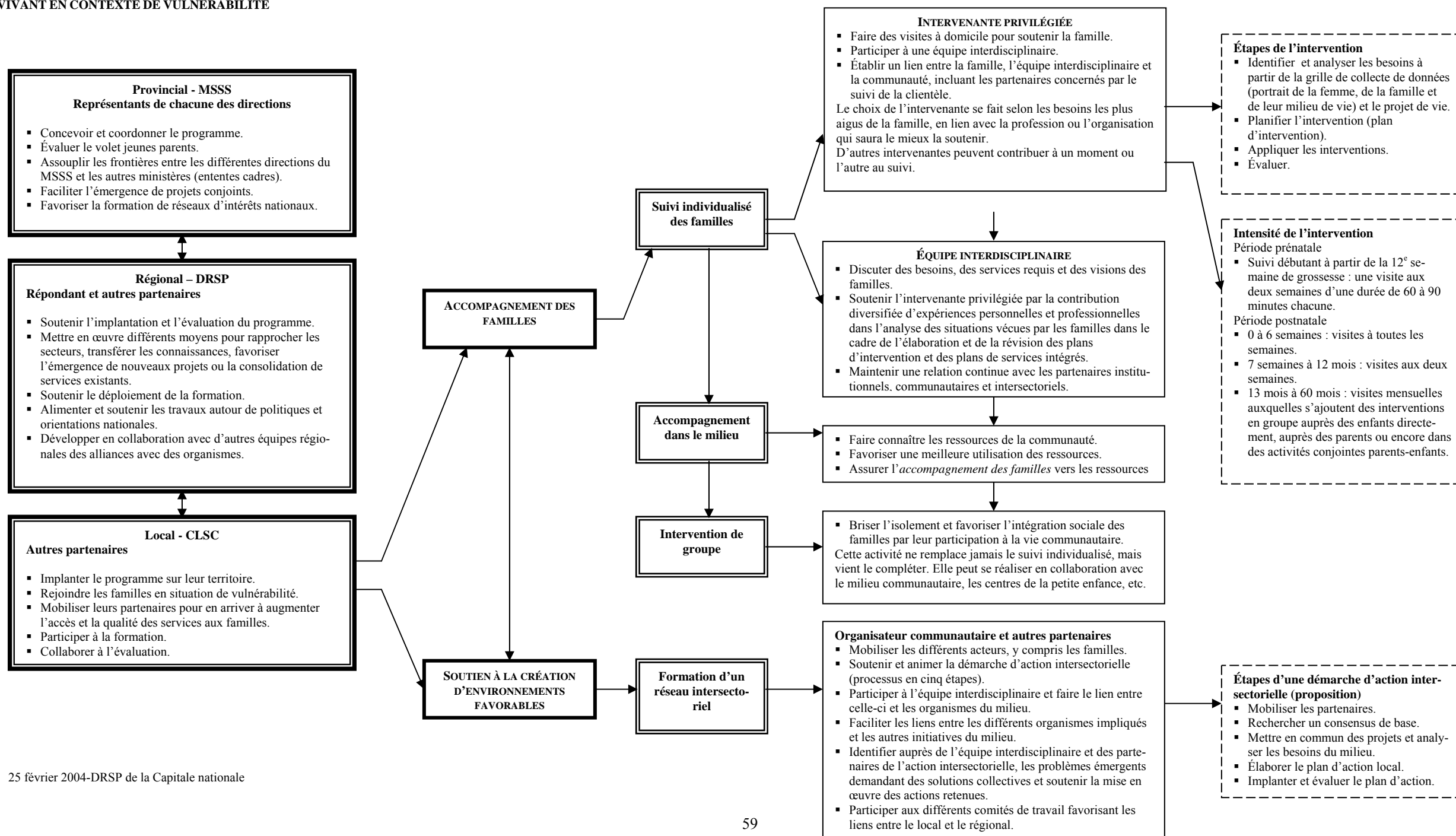


# **ANNEXES**



# ANNEXE A

## SCHÉMA : SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE À L'INTENTION DES FAMILLES VIVANT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ





# ANNEXE B

## Grilles de collecte de données

### 1. PROFESSIONNELLES DE LA DRSP AYANT JOUÉ UN RÔLE DANS L'IMPLANTATION DU PROGRAMME<sup>1</sup>

Axes à explorer	Questions	Réussites ? Pour quoi ?	Difficultés ? Pour quoi ?
SIPPE Composantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accompagnement des familles</li> <li>▪ Soutien à la création d'environnements favorables</li> <li>▪</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vision : ce que c'est pour elles ?</li> </ul>		
Mandat / rôles	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Description de leur mandat ?</li> <li>▪ Rôles assumés dans le cadre de leur mandat ?</li> </ul>		
Implantation et appropriation des SIPPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Processus privilégié pour chacune des composantes ?</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organisation du travail ? organisation de formations ? autres actions visant le changement des pratiques ?</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Travail d'intégration des programmes NÉ-GS et PSJP au sein de l'équipe concernée ? au sein des autres équipes ?</li> </ul>		
Avenir du programme	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perception des acquis ? des actions à faire ?</li> </ul>		

- <sup>1</sup> Complément d'information recueillie auprès de la professionnelle qui a assuré un rôle au niveau de l'action intersectorielle :
- Stratégie privilégiée pour le déploiement de l'action intersectorielle.
  - Coordination avec les répondantes du programme.
  - Description du mandat avec la Table des organisatrices communautaires et de la Table intersectorielle Québec centre.

## 2. COORDONNATEUR DE L'ÉQUIPE RESPONSABLE DE L'IMPLANTATION DES SIPPE

Axes à explorer	Questions
SIPPE Composantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accompagnement des familles</li> <li>▪ Soutien à la création d'environnements favorables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vision de ce que cela représente pour lui ?</li> </ul>
Mandat d'implantation et de consolidation des SIPPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compréhension du mandat de la DRSP à cet égard ?</li> </ul>
Concept de « services intégrés »	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effet de ce nouveau concept (intégration de NÉ-GS et PSJP) dans la pratique ?</li> <li>▪ Effet potentiel sur la façon d'organiser les équipes :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. à l'intérieur de l'équipe AFS (ex. : pères, allaitement maternel, santé dentaire, etc.) ?</li> <li>b. à l'intérieur des autres équipes sous sa responsabilité</li> <li>c. avec les autres équipes au sein de la DRSP ?</li> </ol> </li> </ul>

### 3. GESTIONNAIRES DES SERVICES INTÉGRÉS - PSJP - NÉ-GS DES CLSC

Tour de table, expérience dans le programme ou en périnatalité.

Axes à explorer	Opérationnalisation du questionnement	Réussites Pour quoi ?	Difficultés Pour quoi ?
<p><b>Implantation</b></p> <p>Regarder les différents choix et stratégies utilisées pour implanter les programmes destinés à la population visée, NE-GS, PSJP, services intégrés,....</p> <p>Historique pour comprendre leur réalité actuelle et leur projection sur demain.....</p> <p>Comprendre la culture de transformations...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>C'est quoi</b> pour vous des services intégrés ? <i>accompagnement des familles</i> en contexte de vulnérabilité ? <i>soutien à la création d'environnements favorables</i> (action intersectorielle) ?</li> <li>▪ <b>Qui</b> s'occupe de cela dans votre CLSC ou qui en a la responsabilité ?</li> <li>▪ <b>Comment</b> les programmes sont arrivés dans votre milieu (<i>historique</i>) ?</li> <li>▪ <b>C'est quoi le cheminement (stratégies développées, choix) fait au sein de l'organisation, avec les intervenantes afin d'implanter ce type de programme</b>, comment cela s'est passé en référant aux deux composantes (<i>Accompagnement des familles</i> et <i>Soutien à la création d'environnements favorables</i>) et, au besoin, aux différentes dimensions (intervenante privilégiée, équipe interdisciplinaire, suivi en terme de durée et d'intensité, etc.) :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- personnel (sélection, formation, soutien clinique...) ;</li> <li>- organisation du travail en relation avec les cadres, avec les intervenantes:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>dimension fonctionnelle : comment on assure le personnel de travailler avec cette philosophie ? horaire de travail, travail en équipe interdisciplinaire, intensité du suivi, ... ;</i></li> <li>- <i>dimension structurelle : travail au CLSC ou au domicile de la population visée, travail par secteur géographique... ;</i></li> </ul> </li> <li>- besoins d'ordre matériel, financiers : espace de travail, télécopieur, matériel nécessaire, etc.</li> <li>- Comment avez-vous procédé pour permettre l'appropriation des programmes par les intervenantes, pour faire connaître le programme ?</li> </ul> </li> <li>▪ Quelles sont les modifications envisagées ou réalisées en cours de route (changements structurels ou autres) et pour quoi ? en quoi ces changements étaient-ils pertinents ? pour qui ? Auraient-ils pu se faire avant ?</li> <li>▪ Actuellement, où en êtes-vous rendus par rapport aux services ? Que reste-t-il à faire ? Avez-vous une idée sur la façon dont vous allez vous prendre pour ... ?</li> <li>▪ Pour vous cela change quoi qu'on parle de programme de services intégrés ? qu'est-ce que vous considérez comme des acquis ? que manque-t-il ? Identifiez-vous des besoins particuliers ?</li> <li>▪ Avec l'implantation de ce type de programme, avez-vous eu à faire des choix face aux mesures universelles ? ou inversement...?</li> </ul> <p><b>En quoi</b> ces choix sont vus comme pertinents pour implanter le programme ? (à vérifier au fur et à mesure).</p>		

#### 4. INTERVENANTES DE L'ÉQUIPE DES SIPPE-PSJP-NÉ-GS

##### COMPOSANTE ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES

Tour de table : expérience dans le programme ou en périnatalité

Axes à explorer	Opérationnalisation du questionnaire	Réussites Pour quoi ?	Difficultés Pour quoi ?
<p><i>Accompagnement des familles</i></p> <p>But = comprendre les façons dont les différentes dimensions de la composante <i>Accompagnement des familles</i> se sont actualisées chez eux</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>C'est quoi</b> pour vous accompagner une famille en contexte de vulnérabilité ? Cela a l'air de quoi globalement ? Le faites-vous actuellement ?</li> <li>▪ Vous sentez-vous instrumenté ? à l'aise ?</li> <li>▪ Comment sont définies les familles en contexte de vulnérabilité dans votre CLSC (critères d'admissibilité) ? En quoi la population rejointe répond à ces critères ?</li> <li>▪ Comment rejoignez-vous la population visée par le programme ? Stratégies développées pour la rejoindre ?</li> </ul>		
<p><b>*le suivi individualisé</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>C'est quoi</b> pour vous un suivi individualisé ? Faites-vous des suivis individualisés ? Vous vous y prenez comment pour le suivi individualisé ? Qui initie la prise de contact avec la mère/famille ? (intervenante privilégiée, équipe, activité de groupe ?)</li> <li>▪ À votre connaissance, comment la population reçoit-elle ce type d'intervention (intensité, régularité du suivi, lien de confiance) ?</li> <li>▪ Comment se définit la relation à la famille ?</li> <li>▪ Comment elles se sentent en soutien au projet de vie, au développement de l'empowerment des familles au sein du suivi ?</li> <li>▪ Comment cela se passe lorsqu'une mère change de territoire ? abandonne le programme ?</li> </ul>		
<p><b>*l'intervenante privilégiée (IP)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>C'est quoi</b> pour vous une intervenante privilégiée ?</li> <li>▪ Comment cela s'est actualisé chez vous ? C'est qui chez vous ? Vous trouvez cela pertinent ? C'est quoi qui fait que c'est pertinent ?</li> <li>▪ Quel est son rôle ? A-t-elle un rôle particulier ?</li> <li>▪ Comment s'établissent les liens entre l'IP et l'I spécialiste ?</li> </ul>		?

**COMPOSANTE ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES (suite)**

Axes à explorer	Opérationnalisation du questionnement	Réussites Pour quoi ?	Difficultés Pour quoi ?
*l'équipe interdisciplinaire (ÉI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ C'est quoi pour vous une équipe interdisciplinaire ? Pour vous, vous voyez cela comment ?</li> <li>▪ Travaillez-vous en équipe interdisciplinaire ? Vous vous y prenez comment ? (gestion selon les situations ? sélection de cas plus lourds, ou tous les cas) ?</li> <li>▪ Comment vous gérez les interactions ou comment vous organisez-vous ? Utilisez-vous des instruments ?</li> <li>▪ Faites-vous des liens avec la composante « Soutien à la création d'environnements favorables » ? Comment cela se passe ? Trouvez-vous cela pertinent ? En quoi ?</li> </ul>		
*l'intervention de groupe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faites-vous des interventions de groupe actuellement ? C'est quoi pour vous une intervention de groupe ? Des groupes de quoi ?</li> <li>▪ Comment cela se passe ?</li> <li>▪ Pour vous c'est aidant de faire des interventions de groupe ? (le pour quoi ?) En quoi ?</li> <li>▪ Peut-on parler d'intervention individualisée dans le cadre des interventions de groupe ?</li> <li>▪ Quelle importance est accordée aux interventions de groupe par rapport aux interventions individualisées (proportion) ?</li> </ul>		
<b>Perspectives avec la venue des SIPPE</b> Ouvrir vers le nouveau programme et le concept de services intégrés	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ En avez-vous entendu parler ? Cela change quoi qu'on parle maintenant de programme de services intégrés ? envisagez-vous des changements à apporter dans votre façon de faire ? Quels sont les acquis ? qu'est-ce qui manque ?</li> </ul>		
<i>Autres, au cas où, les sujets n'étaient pas abordés ?</i>	Globalement, avec la venue de ces programmes, cela a changé quoi dans votre pratique professionnelle ? comment ? pour qui ?		
<b>Structures</b>	Comment cela s'est passé ?		
<b>Soutien clinique</b>	Quels mécanismes ont été mis en place ou existaient ?		
<b>Formation</b>	Ont-ils eu de la formation ? en quoi cela leur a été utile ? besoins qui en découlent ?		



# ANNEXE C

## Configuration du territoire, accessibilité du transport en commun et prestation des services dans chacun des milieux d'implantation #

Paramètres CLSC	Accessibilité du transport en commun	Configuration du territoire	Prestation des services
			Combinaison mesures universelles et sélectives (services intégrés)
<b>Charlevoix</b>	Aucun.	Deux secteurs : Est (La Malbaie) et Ouest (Baie-Saint-Paul).	Oui.
<b>Portneuf</b>	Aucun. Service d'appoint offert par un organisme communautaire.	Trois secteurs : Donnacona et Saint-Marc des Carrières, Pont-Rouge, Saint-Raymond.	Oui.
<b>Sainte-Foy-Sillery-Laurentien</b>	Au moins les $\frac{2}{3}$ .		Oui
<b>Haute-Ville-Des-Rivières</b>		Deux secteurs.	
Secteur Haute-Ville	Au moins les $\frac{2}{3}$ .		Oui.
Secteur des Rivières	Entre $\frac{1}{3}$ et $\frac{2}{3}$ du territoire.		Oui.
<b>Basse-Ville-Limoilou-Vanier</b>	Au moins les $\frac{2}{3}$ .	Deux secteurs.	
Secteur Basse-Ville-Vanier	–		Oui.
Secteur Limoilou	–		Oui.
<b>Haute-Saint-Charles</b>	Au moins $\frac{1}{3}$ du territoire. Très grande disparité.	Deux secteurs : Est (Loretteville) et Ouest (Val-Bélair) mais une équipe (PSJP et 20 ans et plus) pour tout le territoire.	Oui, si surcroît vécu par l'équipe dédiée aux mesures universelles.
<b>La Source</b>	En moyenne : $\frac{2}{3}$ du territoire, (Sud : 100 % et Nord : certains secteurs non desservies).	Deux secteurs : Nord et Sud.	Oui, pour concrétiser sa double mission.
<b>Orléans</b>	Environ 50 % du territoire. Certains secteurs plus problématiques (Sainte-Brigitte, Côte de Beaupré, Île d'Orléans).	Quatre secteurs : Beaupré et Île d'Orléans, Beauport 1, 2, 3.	Oui, pour opérationnaliser sa double responsabilité.

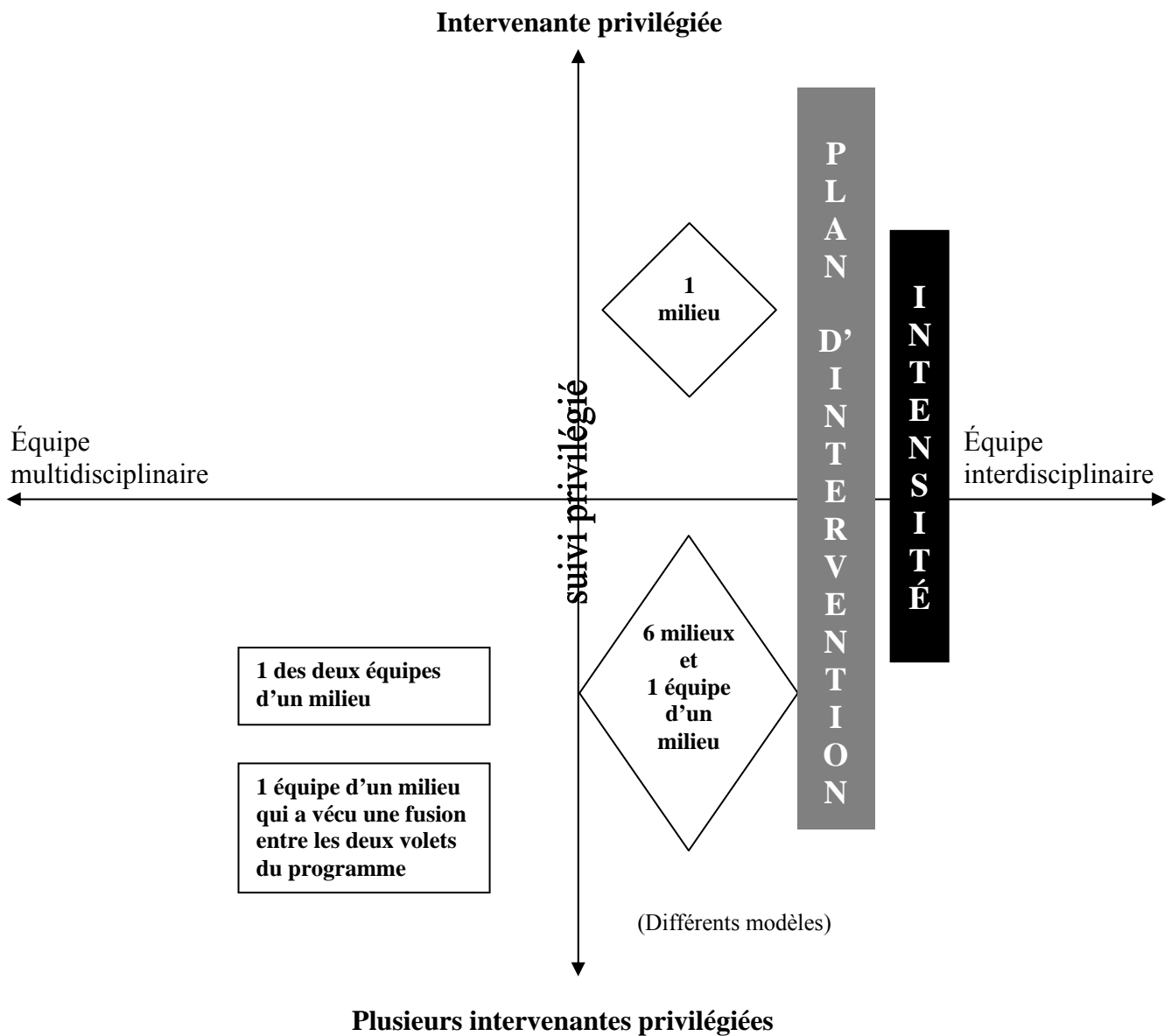
# : Le Holland Centre n'a pas été intégré à cause de ses particularités (mandat régional pour la population anglophone).



# ANNEXE D

## Position des CLSC

**PSIPPE – Intervenante privilégiée, équipe interdisciplinaire et intensité de l'intervention**





# ANNEXE E :

## Synthèse des orientations adoptées lors de la journée d'échange du 6 octobre 2004 Résultats préliminaires de l'implantation des SIPPE

<b>BLOC 1 – BLOC 2 – BLOC 3</b>		<b>BLOC 4</b>
<b>Intervenante privilégiée Équipe interdisciplinaire Intensité de l'intervention</b>		<b>Activités de groupe, accompagnement dans le milieu et partenariat</b>
		<b>Éthique</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tenir compte des besoins de la population ciblée, de ses attentes et de son rythme.</li> <li>Tenir compte de la philosophie d'empowerment du PSIPPE.</li> <li>Créer et maintenir le lien avec la population ciblée.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rejoindre la population ciblée et la maintenir dans le programme.</li> <li>Maintenir un lien de confiance dans le temps, assurer la continuité des services et maintenir l'intensité dans le respect des besoins, des attentes et du rythme des familles. L'intensité doit être une cible pour le suivi de la population vulnérable et il est souhaitable de trouver des stratégies pour la soutenir.</li> <li>Tenir compte que le rôle de l'intervenante privilégiée peut être porté par une personne ou une équipe.</li> <li>S'assurer de l'élaboration et du suivi d'un plan d'intervention.</li> <li>S'assurer d'un mécanisme de coordination du suivi de dossier :               <ul style="list-style-type: none"> <li>identifier un coordonnateur, une personne responsable du P.I. (gestionnaire de cas, intervenant pivot);</li> <li>assurer la stabilité, la continuité du lien;</li> <li>s'assurer que les actions sont faites et conséquemment de l'intensité du suivi;</li> <li>consolider un fonctionnement en équipe interdisciplinaire et non en équipe multidisciplinaire<sup>1</sup>.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Répertorier l'ensemble des activités de groupe et remettre l'information aux CLSC (répertoire d'activités).</li> <li>S'assurer que les intervenantes connaissent et appliquent l'approche communautaire et celle reliée à l'appropriation du pouvoir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire une offre de service le plus tôt possible (deuxième ou troisième rencontre) et obtenir le consentement libre et éclairé de la personne.</li> <li>Inscrire dans le SIC toutes les mères admises au PSJP ou NÉGS bénéficiant d'un suivi intensif.</li> </ul>
<p><b>Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revoir certains éléments du Module 1 de la formation et s'assurer de la mise à niveau des agents multiplicateurs.</li> <li>S'assurer du transfert des connaissances en continuité du programme.</li> <li>Monitorer et évaluer les pratiques dans le but de les bonifier.</li> <li>Monitorer et évaluer la satisfaction de la clientèle dans le but d'améliorer les pratiques.</li> <li>S'assurer du monitoring en fonction des indicateurs identifiés dans les offres de service (nombre de mères, nombre moyen d'interventions).</li> </ul>	<p><b>Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluer la pertinence d'intégrer Y'APP au PSIPPE.</li> <li>S'assurer de la comptabilisation des activités de groupe.</li> <li>Profiter de la formation du Module 1 pour clarifier certains concepts (<i>accompagnement des familles</i>, action intersectorielle).</li> <li>S'assurer de l'appropriation des concepts en continuité du programme (formation, échange, etc.).</li> </ul>	<p><b>Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier de quelle façon est vécue la recherche du consentement.</li> <li>Suivre l'inscription des données dans le SIC.</li> <li>Développer un dépliant à l'intention de la population ciblée.</li> </ul>

1. Voir annexe D : Position des CLSC

Note : L'information concernant la composante *Soutien à la création d'environnements favorables* a été retirée de ce tableau et sera utilisée pour la rédaction de la 2<sup>e</sup> partie du rapport consacrée à cette composante.

Le 11 novembre 2004 – Comité de soutien au déploiement

