

Pour optimiser la composante accompagnement des familles des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Réponse aux préoccupations des intervenantes et des gestionnaires
oeuvrant à l'implantation des Services intégrés en périnatalité
et pour la petite enfance à Montréal (SIPPE).

Rapport synthèse

Décembre 2007

Québec 

Pour optimiser la composante accompagnement des familles des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Réponse aux préoccupations des intervenantes et des gestionnaires
oeuvrant à l'implantation des Services intégrés en périnatalité
et pour la petite enfance à Montréal (SIPPE).

Rapport synthèse

Décembre 2007

Une réalisation du secteur Tout-petits, familles et communauté
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400

Site Web : <http://www.santepub-mtl.qc.ca>

Cette étude a été réalisée grâce à l'appui financier du programme de subventions en santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2007)
Tous droits réservés

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2007
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2007

ISBN : 978-2-89494-621-3 (version imprimée)
978-2-89494-622-0 (version PDF)

Prix : 10 \$

Note

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

Auteurs

Mireille Desrochers et Irma Clapperton, avec la collaboration du comité monitoring des SIPPE (Monique Elliott, Marie-Claude Fournier, Nadine Goudreault, Marie-José Legault, Yolande Marchand, Francine Trickey)

Remerciements

Nous remercions pour leur générosité et leur accueil les membres du sous-comité tout-petits, familles et leurs équipes en périnatalité ainsi que les responsables locaux de santé publique des CSSS de Montréal.

Table des matières

MOT DU DIRECTEUR	1
INTRODUCTION	3
UN NOUVEAU CADRE DE GESTION EN SANTÉ PUBLIQUE.....	3
LE PROGRAMME DES SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE (SIPPE).....	3
ÉTAT DE SITUATION	5
DÉMARCHE EXPLORATOIRE	5
Objectifs.....	6
Procédure de collecte d'informations	7
RÉSULTATS	8
1. ENJEUX CONTEXTUELS.....	8
2. MODALITÉS D'IMPLANTATION DU PROGRAMME.....	9
2.1 Clientèle visée.....	9
2.2 Cheminement des demandes et processus décisionnels	11
2.3 Visites à domicile.....	14
2.4 Approche clinique.....	15
2.5 Arrangements organisationnels.....	16
2.6 Activités communautaires et de groupe réalisées par les CSSS	19
3. MONITORAGE	20
CONCLUSION.....	25
PLAN DE TRAVAIL 2007-2009	27
RÉFÉRENCES.....	31

Annexes

ANNEXE 1 - OUTILS UTILISÉS POUR LA PRISE DE NOTES	33
--	-----------

MOT DU DIRECTEUR

Ce rapport se veut une réponse aux préoccupations des intervenantes et des gestionnaires engagés dans l'implantation des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Il s'inscrit dans une démarche évolutive qui vise l'amélioration continue des activités du programme de santé publique.

Depuis 2005, les 12 Centres de santé et de services sociaux et la Direction de santé publique de l'Agence se concertent sur une base régulière pour favoriser la consolidation ou le développement de conditions prometteuses pour une prestation de services préventifs accessibles, continus et de qualité.

Soucieux d'harmoniser et de témoigner des efforts fournis par les intervenants engagés auprès des tout-petits et des familles vulnérables et de rendre compte de résultats valides, les gestionnaires du programme SIPPE aux niveaux local et régional ont souhaité établir un portrait de la situation actuelle de l'implantation des activités de ce programme pour ensuite convenir, collectivement, de l'ajustement des modalités pour répondre aux caractéristiques des familles desservies.

Ce rapport résume les faits saillants des modes d'organisation actuels, de l'application des critères du programme SIPPE et des activités de monitoring en cours. Il présente les recommandations issues du sous-comité Tout-petits, familles de la Table régionale de santé publique et les travaux à venir pour adapter ce programme à la réalité montréalaise.

Finalement, la démarche privilégiée d'échanger avec les intervenants dans leurs milieux de travail et de soutenir les gestionnaires de ce programme est en elle-même porteuse pour agir collectivement et efficacement auprès de ces familles.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Lessard', is displayed on a light blue rectangular background.

Richard Lessard, M.D.
Directeur de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

INTRODUCTION

UN NOUVEAU CADRE DE GESTION EN SANTÉ PUBLIQUE

Le Québec connaît depuis 2004 une transformation majeure du réseau de la santé et des services sociaux basée, entre autres, sur la responsabilité populationnelle maintenant dévolue aux instances locales de santé publique. À Montréal, cette réforme se traduit par la création de 12 CSSS. Ces derniers ont comme responsabilités d'intégrer les services de santé de leurs établissements, de créer des modes de collaboration avec d'autres partenaires et de coordonner toutes les actions pour améliorer l'état de santé de la population de leur réseau local. Un projet clinique par CSSS doit rendre compte de ces nouveaux alignements (MSSS, 2004b).

Cette réforme s'inscrit aussi dans un contexte où la Loi sur l'administration publique impose un nouveau cadre de gestion axé sur la transparence et l'imputabilité des finances publiques devant l'assemblée nationale (Secrétariat du Conseil du Trésor, 2002). Ce cadre se traduit par des ententes de gestion signées aux trois paliers de gouverne du réseau de la santé et des services sociaux.

Toutefois les indicateurs inclus dans les ententes de gestion ne mesurent qu'une fraction des efforts déployés dans le cadre des activités de santé publique. Ainsi, un monitoring basé sur ces seuls indicateurs poserait un risque important de prendre des décisions inappropriées parce que basées sur des informations incomplètes (Poister, 2004).

« La crédibilité et l'utilité d'un monitoring peut être sérieusement mis en doute si des mesures inadéquates sont utilisées. Des variations de ce piège incluent de limiter le jugement porté à seulement un critère ou à très peu de critères quand d'autres sont également pertinents [...], et négliger des conséquences inattendues du programme (parfois profitables et parfois négatives) (Hatry & Newcomer, 2004, p. 553) ».

LE PROGRAMME DES SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE (SIPPE)

Le programme des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) implanté dans les 12 CSSS du territoire de Montréal, représente environ 20% des ressources financières de santé publique consenties au palier local. Il s'est développé en étapes à partir de plusieurs programmes gouvernementaux préexistants en périnatalité. Il est donc né de la superposition de Naître égaux — Grandir en santé (NÉ-GS) (1991), du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) (2000) et du Soutien éducatif précoce (1997). Ce programme national déployé au niveau local et soutenu régionalement s'adresse aux mères de moins de 20 ans ainsi qu'aux mères de 20 ans et plus sous scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu.

En 2004, un cadre de référence (MSSS, 2004a) pose les jalons du programme SIPPE et précise :

- **Les objectifs**

- o Maximiser la santé et le bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants de 0 à 5 ans.
- o Inclure la naissance dans un projet de vie porteur de réussite.
- o Renforcer le pouvoir d'agir des familles et des communautés dans toutes les sphères de la vie.

- **La stratégie privilégiée pour l'intervention**

- o Le renforcement du pouvoir d'agir.

- **Les composantes des services**

- o Accompagnement des familles.
- o Création d'environnements favorables.

- **La fréquence des activités**

- o En période prénatale
 - La prise de contact, par téléphone ou autrement, se fait le plus tôt possible.
 - Les visites à domicile, d'une durée de 60 à 90 minutes chacune, ont lieu toutes les deux semaines à partir de la 12^e semaine de la grossesse.
- o En période postnatale
 - De 0 à 6 semaines : visite toutes les semaines.
 - De 7 semaines à 12 mois : visite toutes les 2 semaines.
 - De 13 mois à 60 mois : visite mensuelle, à laquelle s'ajoutent des activités de groupe pour les enfants, pour les parents ou pour les familles. Par contre, si les parents et l'enfant ne participent pas à ces activités, l'intervalle entre les visites doit être de deux ou trois semaines.

ÉTAT DE SITUATION

L'intégration des différents programmes dans le nouveau programme SIPPE suscite beaucoup de réaménagements, autant aux plans organisationnel que clinique. Les écrits scientifiques font consensus à l'effet qu'un programme de nature intersectorielle et qui vise plusieurs déterminants de la santé exige un minimum de 3 à 5 ans d'implantation avant d'atteindre sa vitesse de croisière, donc d'entraîner les effets escomptés (Minich & al., 2006). De l'été à l'hiver 2006-2007, période où est recueillie l'information contenue dans ce document, le programme en est à sa 4^e année d'implantation.

En 2005-2006, il s'avérait difficile d'obtenir un portrait régional représentatif du degré d'implantation du programme par les bilans de l'entente de gestion avec le MSSS. Cette situation semblait s'observer aussi dans plusieurs régions du Québec (Thérien, MSSS 2006).

L'absence de données fiables pour témoigner de l'atteinte des résultats du programme soulève une série de questions relatives à son implantation (déploiement des activités, modalités organisationnelles).

DÉMARCHE EXPLORATOIRE

Dans le cadre du soutien à la programmation locale, la DSP entreprend plusieurs démarches afin d'explorer les enjeux associés à l'implantation et au monitoring des SIPPE :

- *Printemps 2006* : Focus groups sur la priorisation des critères de vulnérabilité chez les clientèles suivies en périnatalité.
- *Été 2006* : Focus groups sur le monitoring (définition de la qualité pour l'amélioration continue en santé publique et perspective pour la mise en œuvre d'un monitoring basé sur cette définition).
- *Été-automne 2006* : Analyse rétrospective des bilans et des plans d'actions produits dans le cadre de la reddition de comptes des Mesures financées par la DSP à propos des 2 composantes des SIPPE : *Accompagnement des familles* et *Création d'environnements favorables*.
- *Automne 2006* : Rencontres sous-régionales avec les gestionnaires et les archivistes du programme de périnatalité des CSSS pour harmoniser l'utilisation d'un outil de suivi du programme : la fiche périnatalité du système *Intégration-CLSC*.
- *Automne 2006 – Hiver 2007* : Mise à l'essai d'un outil régional de monitoring des critères d'inscription des clientèles au programme (Résumé de l'analyse de la grille complémentaire sur les inscriptions SIPPE - novembre 2006 à mars 2007).

De l'ensemble de ces activités sont ressortis des constats permettant de dégager un « pré-diagnostic » des enjeux associés à l'implantation et au monitoring :

- Les intervenantes et les gestionnaires remettent en question la pertinence d'une **application uniforme** des critères d'éligibilité au programme tels que stipulés dans le Cadre de référence (MSSS, 2004a), ainsi que la rigidité des stratégies d'interventions suggérées (entre autres en ce qui a trait à la durée et à l'intensité des visites à domicile).
- Le monitoring tel que pratiqué actuellement (sous forme d'entente de gestion) ne permet pas de rendre compte de la richesse de l'intervention locale et crée une cascade de pression des hauts gestionnaires aux gestionnaires intermédiaires, et ensuite aux intervenantes cliniques.
- On retient que pour témoigner de l'amélioration des activités de santé publique et en raison de la complexité et de l'étendue des actions, il faut une combinaison d'approches évaluatives, formatives et participatives gages de la qualité des activités de santé publique.
- Les indicateurs de suivi actuels ne permettent pas de se faire une idée précise de l'implantation des SIPPE, ce qui fragilise la prise de décision notamment en ce qui concerne les ressources de santé publique.

OBJECTIFS

En continuité avec les démarches exploratoires nommées précédemment, nous avons effectué une tournée dans les 12 CSSS. Le but principal consiste à échanger sur les enjeux locaux liés à l'application du cadre normatif *Intégration-CLSC*, les services déployés, le déroulement de l'intervention et les attentes face au monitoring.

Les thèmes suivants constituent la base des échanges :

1. Mise en contexte et objectifs de la tournée
 - 1.1. Échanger sur les clientèles visées par les SIPPE à la lumière du cadre de référence du MSSS et du cadre normatif *Intégration-CLSC*.
 - 1.2. Explorer les modalités organisationnelles développées pour faire face aux enjeux d'implantation et de monitoring du programme.
 - 1.3. Connaître l'offre locale de services pour les clientèles en périnatalité, et y situer la place tenue par les SIPPE.
2. Rappel du cadre normatif et des ententes de gestion

3. Mode de fonctionnement et planification populationnelle
 - 3.1. Rétroaction des informations dont nous disposons.
 - 3.2. Questions organisationnelles.
 - 3.2.1. Trajectoires et profils de clientèle.
 - 3.2.2. Durée et intensité du suivi à domicile.
 - 3.2.3. Ressources humaines et organisation des effectifs.
4. Indicateurs et monitoring
 - 4.1. Éléments à documenter par du monitoring.
 - 4.2. Enjeux et solutions associées aux outils existants (*Intégration-CLSC*).
 - 4.3. Suggestions de mécanismes de soutien régional.

PROCÉDURE DE COLLECTE D'INFORMATIONS

La collecte d'informations, de novembre 2006 à février 2007, se fait par le biais d'échanges semi-structurés. L'équipe de la DSP, formée de gestionnaires et d'agentes de recherche, visite les équipes SIPPE de chaque CSSS. La composition des équipes rencontrées varie d'un CSSS à l'autre. La majorité des équipes visitées est composée de gestionnaires et d'intervenantes. À l'occasion, seules les gestionnaires sont présentes. Dans d'autres territoires, des archivistes assistent aux rencontres.

Une animation souple

Les rencontres sont animées de manière interactive par les gestionnaires de la DSP qui explorent chacun des thèmes mentionnés ci haut, tout en s'assurant de répondre aux questionnements et enjeux abordés par les CSSS, même s'ils débordent des thèmes prévus. Des outils sont développés pour soutenir l'animation et la prise de notes afin d'harmoniser le mieux possible le contenu des discussions dans chacun des CSSS visités (les outils sont présentés en annexe 1).

Une analyse et une prise de décision collectives

Les résultats de la tournée sont présentés et discutés avec les gestionnaires des équipes de périnatalité dans les CSSS et les responsables locaux de santé publique qui se prononcent sur les faits saillants, les nouvelles balises d'implantation du programme et les processus de travail à mettre en place pour les actualiser.

- Présentation des faits saillants à la Table régionale de santé publique. *29 janvier 2007.*
- Présentation des faits saillants au sous-comité régional Tout-petits, familles (TPF), *9 février 2007.*
- Ateliers de discussion préparés par la Direction de santé publique, secteur Tout-petits – Familles et communauté, sur des propositions de nouvelles balises d'implantation avec le sous-comité TPF. *23 mars 2007.*

- Décisions entérinés par le sous-comité TPF. *23 mars 2007.*

RÉSULTATS

Plusieurs thèmes ressortent des discussions avec les intervenantes et les gestionnaires. Pour chacun des thèmes suivants, on y rapporte les faits saillants¹, ensuite les mises à jour théoriques lorsque disponibles et la proposition régionale en termes de balises d'implantations et de processus de travail :

1. Enjeux contextuels
2. Modalités d'implantation du programme
 - 2.1. Clientèles visées par les SIPPE
 - 2.2. Cheminement des demandes et processus décisionnels
 - 2.3. Visites à domicile
 - 2.4. Approche clinique
 - 2.5. Arrangements organisationnels
 - 2.6. Activités communautaires et de groupe
3. Monitoring

1. ENJEUX CONTEXTUELS

Les éléments suivants, bien qu'abordés très brièvement, résument les enjeux contextuels et les préoccupations qui teintent les discussions lors de la tournée et qui semblent particulièrement importants à prendre en considération dans l'analyse des résultats.

- Les populations locales diffèrent d'un territoire de CSSS à l'autre, et même à l'intérieur des CSSS, si bien que le cadre national d'implantation du programme SIPPE ne peut s'appliquer de la même façon dans tous les territoires, ce qui complexifie l'harmonisation de l'offre de services et du monitoring.
- En raison de considérations historiques, des différences majeures subsistent dans les ressources financières allouées aux CSSS pour les programmes de santé publique et des SIPPE, ce qui représente un obstacle supplémentaire à la comparabilité des territoires au plan de leur offre de services.
- Les ententes de gestion créent une pression sur les gestionnaires et les intervenantes, ce qui influence les interventions directes auprès de la clientèle. Le système comptabilise l'intervention individuelle au détriment de l'intervention de groupe et favorise la quantité de services plutôt que la qualité de services.

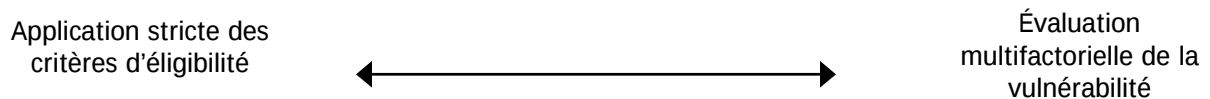
¹ Pour plus de détails : voir référence 2.

- Le contexte de fusion des CLSC en CSSS influence directement les pratiques professionnelles : ralentissement des processus de travail, augmentation du temps consacré à des tâches administratives au moment de la tournée. Les réorganisations ne sont pas encore terminées dans la plupart des CSSS.
- Les CSSS rapportent un grand roulement au niveau de leur personnel, ce qui n'est pas sans conséquences sur l'offre de services, la continuité et la rétention du savoir et des compétences. La continuité de la formation en prévention et sur le renforcement du pouvoir d'agir s'en trouve aussi affectée. De plus, cette précarité chronique du personnel rend difficile le suivi clinique sur 5 ans par une intervenante privilégiée, ce qui amène certains CSSS à privilégier un suivi en équipe.
- Les CSSS soulignent aussi la pénurie de main-d'œuvre aggravée par l'alourdissement des services à dispenser à la clientèle universelle.

2. MODALITÉS D'IMPLANTATION DU PROGRAMME

2.1. Clientèle visée

Les CSSS appliquent les critères d'éligibilité aux SIPPE de manière très variée, allant de l'application stricte des critères du cadre de référence à une évaluation multifactorielle de la vulnérabilité.



Les critères d'éligibilité tels que stipulés dans le cadre de référence SIPPE sont les suivants :

- 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.
- 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 (mères n'ayant pas complété leur secondaire V et vivant sous le seuil de faible revenu).
- Les familles d'immigration récente (moins de 5 ans) qui cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité liés à leur parcours migratoire.

Il ressort que ces critères engendrent des tiraillements tant chez les gestionnaires que chez les intervenantes. Une trop grande rigidité d'application standardise trop l'évaluation clinique et crée une perte de sens, où l'intervention est perçue comme un moule à imposer à une clientèle ayant pourtant des besoins très diversifiés, et où les objectifs des ententes de gestion sont considérés irréalistes. Le cadre normatif, dans sa formulation actuelle, restreint les gestionnaires qui se voient dans l'obligation de

demander aux intervenantes de prioriser les cas les plus conformes aux critères de vulnérabilité émis. Cette situation provoque une démobilisation des intervenantes qui y voient une injustice vis-à-vis une clientèle au prise avec un cumul de facteurs de vulnérabilité non reconnus comme prioritaires.

De plus, certaines intervenantes rapportent que cette situation peut entraîner des impacts négatifs sur l'adhésion de la clientèle. Par contre, une trop grande laxité dans l'interprétation des critères d'inclusion génère une offre de service difficile pour ne pas dire impossible à assumer compte tenu des ressources.

La tournée met en évidence différentes interprétations de la notion de vulnérabilité. Plusieurs évoquent des clientèles aux prises avec un cumul de facteurs de vulnérabilité notamment les personnes immigrantes et particulièrement les réfugiés. En conséquence, nous avons observé le développement de quelques outils locaux utilisés pour catégoriser ces clientèles « péri-SIPPE² » et faciliter la prise de décision pour l'éligibilité au programme. La DSP s'est d'ailleurs inspirée d'un de ces outils pour développer une grille permettant d'éclairer les critères réellement pris en compte dans la décision d'offrir un service à une famille potentiellement éligible aux SIPPE (Résumé de l'analyse de la grille complémentaire sur les inscriptions SIPPE - novembre 2006 à mars 2007) (voir à la page 5).

Lors de la présentation des résultats au sous-comité TPF, il est apparu primordial de prendre en considération les impacts d'une évaluation trop souple des critères d'éligibilité et à l'inverse d'une application trop stricte des critères.

Ainsi, une **évaluation de la vulnérabilité** qui prend en compte plusieurs facteurs pose les défis suivants :

- Risque de différences intra-CSSS et inter-CSSS dans l'interprétation de l'éligibilité : impact sur les données et le suivi clinique.
- L'évaluation de la vulnérabilité peut être influencée par des dimensions non cliniques (budget et ressources disponibles par exemple).
- Peut générer une offre de service difficile pour ne pas dire impossible à assumer compte tenu des ressources.

Par contre, elle présente l'avantage suivant :

- Permet une adaptation de l'offre de services aux caractéristiques de la population locale (approche populationnelle).

À l'inverse, une **application stricte des critères** d'éligibilité dans l'offre de services SIPPE :

² Clientèle péri-SIPPE : clientèle vulnérable qui ne répond pas aux critères du programme.

- Permet une meilleure comparabilité inter-CSSS.
- Simplifie la gestion des cas.
- Peut créer un inconfort chez les intervenantes si une offre de services jugée inadéquate est proposée aux familles qui présentent un cumul de risques.

Mise à jour théorique

L'institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) procède en 2006 à une mise à jour du cadre de référence des SIPPE à partir de la littérature scientifique et de résultats d'études terrain. Voici les éléments qui en ressortent :

- Les critères d'éligibilité gardent toujours leur pertinence comme facteurs de risques principaux pour le développement des enfants.
- Une autre étude de l'INSPQ à venir aidera à préciser l'offre de services SIPPE en lien avec différentes caractéristiques de la clientèle (par exemple la toxicomanie, la santé mentale et la déficience intellectuelle).

Décision régionale

Maintenir le statu quo dans l'application des critères d'éligibilité aux SIPPE tels que recommandés dans le cadre de référence (MSSS, 2004a) en attendant les résultats du chantier national sur la révision des critères du programme.

2.2 Cheminement des demandes et processus décisionnels

Les discussions lors de la tournée touchent au cheminement des demandes de services pour les SIPPE et au processus organisationnel menant à la décision d'offrir des services. Ainsi, on peut dégager 3 processus distincts, soit l'accueil de la famille, l'assignation du dossier à une ou des intervenantes et l'évaluation des besoins de la famille et de la demande. Dans plusieurs CSSS, on a observé un chevauchement dans ces processus.

Accueil de la demande

Les demandes de service des familles éligibles au programme arrivent au CSSS par toutes sortes de portes et avec plusieurs attentes. Le programme OLO, bien connu dans la population, sert souvent de porte d'entrée principale au programme SIPPE en période prénatale. On retrouve aussi des références d'autres CLSC et d'autres services du même CLSC ou d'organismes de la communauté (les Centres locaux d'emploi, les infirmières scolaires, les groupes communautaires). Les avis de naissance permettent

d'identifier les clientèles qui n'ont pu être rejointes en période prénatale. La réception de l'avis de naissance ou une référence arrive soit au personnel de l'accueil du CLSC ou à un responsable désigné qui transmet la demande à un autre responsable ou à un intervenante ou à une équipe. Il arrive que des familles éligibles au programme SIPPE reçoivent des services du CSSS sans qu'une référence au programme SIPPE leur soit proposé.

Assignment du dossier

La décision d'admettre une cliente au programme SIPPE peut se prendre à différents moments du processus d'assignation et par différentes personnes. Un premier scénario consiste à prendre une décision administrative lorsque les critères d'éligibilité du cadre de référence sont strictement appliqués. Le dossier est alors acheminé à un responsable ou à l'équipe qui trie le volume des demandes et assigne les cas en fonction des cibles du programme, ou soit directement aux intervenantes à tour de rôle ou selon leurs disponibilités. Un deuxième scénario d'assignation passe par une équipe qui détermine, soit sur la base d'outils d'évaluation de la vulnérabilité ou à partir d'un jugement clinique collectif, quelles familles seront retenues puis quelle intervenante en sera chargée. Un troisième scénario consiste à confier aux intervenantes la responsabilité de déterminer l'éligibilité de la famille sur la base du jugement clinique individuel, prenant en compte les critères du cadre de référence, mais également d'autres critères.

Évaluation des besoins de la famille

L'évaluation peut se faire par téléphone sur la base des critères d'éligibilité du programme (par une infirmière ou une secrétaire) ou selon les critères locaux de vulnérabilité (par l'intervenante privilégiée ou une responsable de l'équipe). Elle se fait toutefois à domicile dans la majorité des cas lors du premier contact avec la famille (par une intervenante SIPPE ou par le biais d'une autre intervenante du CLSC). La décision finale d'offre de services peut se prendre par une intervenante unique ou en équipe. Certains constats ont été soulevés selon le modèle organisationnel retenu.

Décision par un gestionnaire responsable

- Permet d'exercer un contrôle sur le taux de couverture et la gestion des ressources.
- Permet un contrôle sur l'assignation des cas.
- Soulève des limites d'une décision individuelle.

Décision par une équipe

- Mêmes avantages que pour le gestionnaire responsable, sauf qu'il y a un meilleur partage et une bonification de l'expertise clinique.

Décision par une intervenante unique

- Privilégie une gestion cas par cas.
- Complique la gestion des « case loads ».
- Soulève des limites d'une décision individuelle.

Mise à jour théorique

L'INSPQ ne s'est pas penchée sur la question organisationnelle du cheminement des demandes.

Décision régionale

Compte tenu des conséquences sur la gestion du programme et l'offre de services, il est suggéré de systématiser la démarche et de procéder en 3 étapes pour :

1. Vérifier **l'éligibilité** de la cliente. À l'accueil, au téléphone ou autrement, juger de l'éligibilité de la famille sur la base des 3 critères du cadre de référence. Cette étape peut facilement se réaliser par une seule intervenante. En plus de bien cibler la population, cette étape permet d'identifier la clientèle non SIPPE et de lui offrir d'autres services.
2. Évaluer la **vulnérabilité** de la cliente. Une fois l'éligibilité confirmée, procéder à une évaluation (de préférence à domicile) de sa vulnérabilité. Elle permet d'identifier la clientèle moins vulnérable et de lui offrir d'autres services plus appropriés à sa situation.
3. Décider de **l'offre de services SIPPE**. En équipe, confirmer l'inscription de la cliente sur la base de sa vulnérabilité et décider des services à lui offrir et des modalités. Elle permet d'adapter l'offre au profil particulier de vulnérabilité de la famille.

Il est suggéré de faire connaître le programme et ses critères d'éligibilité au personnel susceptible d'être en contact avec des familles potentiellement éligibles afin de maximiser la référence au processus d'évaluation indépendamment de la porte d'entrée utilisée.

Ces étapes peuvent se chevaucher, les frontières n'étant pas hermétiques, mais elles permettent toutefois de clarifier les démarches à entreprendre afin de faciliter le cheminement des clientèles et la gestion de l'offre de services.

2.3 Visites à domicile

Les suivis à domicile varient beaucoup au sein des installations CLSC des CSSS et des territoires. Nous pouvons, de façon préliminaire, affirmer que la majorité des intervenantes rencontrées sont en mesure d'offrir la fréquence suivante de visites à domicile :

- À partir de 12 ou 20 semaines de grossesse jusqu'à l'âge de 3 mois = visites aux semaines ou aux quinzaines.
- De 3 mois à 1 an = visites à domicile aux 3 semaines.
- De 1 an à 2 ans = suivi sporadique (dossier ouvert).
- De 2 à 5 ans = suivi sporadique ou absence de visites à domicile.

Plusieurs intervenantes et gestionnaires remettent en question la pertinence des recommandations du cadre de référence sur la fréquence des visites. Ils en viennent à utiliser leurs marges de manœuvre, soit pour instaurer des interventions de groupe, ou pour ajuster l'intensité par la réduction du nombre d'objectifs ou de leur degré d'atteinte. Ces actions se justifient par la capacité d'obtenir davantage de succès en respectant le rythme de la famille (le retour au travail, les déménagements fréquents, etc.).

Certaines mentionnent que les activités de groupe au sein du CLSC ou en collaboration avec la composante Création d'environnements favorables devraient être pris en compte dans le calcul de l'intensité des suivis, ce qui n'est pas le cas en ce moment dans les ententes de gestion.

Concernant la période spécifique de 2 à 5 ans, certaines équipes des CSSS doutent de la pertinence des visites à domicile telles que recommandées dans le cadre de référence. On mentionne que des activités de stimulation précoce seraient probablement plus opportunes. Certains suggèrent même de changer d'intervenante privilégiée vers l'âge de 2 ans pour favoriser la stimulation de l'enfant (ex. psycho-éducatrice).

Mise à jour théorique

L'INSPQ (2006) recommande :

De 12 semaines de grossesse à 2 ans :

- C'est la combinaison de l'offre en pré et en post natal qui est la plus efficace.
- En postnatal, l'efficacité repose sur l'intensité de services.
- La disponibilité de l'intervenante et l'offre d'un suivi régulier est un outil puissant de changement (Korfmacher, 1998).
- Les caractéristiques du programme peuvent être modifiées selon les besoins des familles (Korfmacher, 1998).

Concernant les visites à domicile 2-5 ans :

- Il est recommandé des visites aux 2 semaines ;
- Preuves insuffisantes pour suggérer des changements au cadre de référence.

Décision régionale

Offrir l'intensité recommandée dans le cadre de référence de la 12^e semaine de grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait 2 ans, et si possible jusqu'à ce qu'il ait cinq ans.

2.4 Approche clinique

Il ressort de la tournée que diverses modalités de suivi clinique co-existent dans les CSSS (une seule intervenante, changement d'intervenante en pré et postnatal, dyades, complémentarité des intervenantes dans les rencontres de groupe). Malgré cette diversité dans les modalités de suivi, tous les territoires encourageant la relation de confiance entre la famille et l'équipe.

Mise à jour théorique

Selon l'INSPQ (2006) :

- Construire une relation de partenariat avec les parents (Jack, 2005; Bidmead, 2005).
- Nécessite un système de supervision clinique serré sur un mode de partenariat.
- Absence de consensus sur les écoles de formation d'où devraient provenir les intervenantes, mais elles doivent être très bien formées.
- Caractéristiques des modalités de suivi clinique :
 - o **Intervenante unique** : lien de confiance plus solide, rôle davantage clair, risque d'abandon de la cliente si changement d'intervenante, requiert hautes qualifications.
 - o **Duo ou trio** : davantage de sécurité pour les intervenantes, meilleur soutien mutuel, plus grande continuité de services malgré leur mobilité, rôles plus confus, défi de communication dans la dyade, maintien difficile de l'intensité.

Proposition régionale

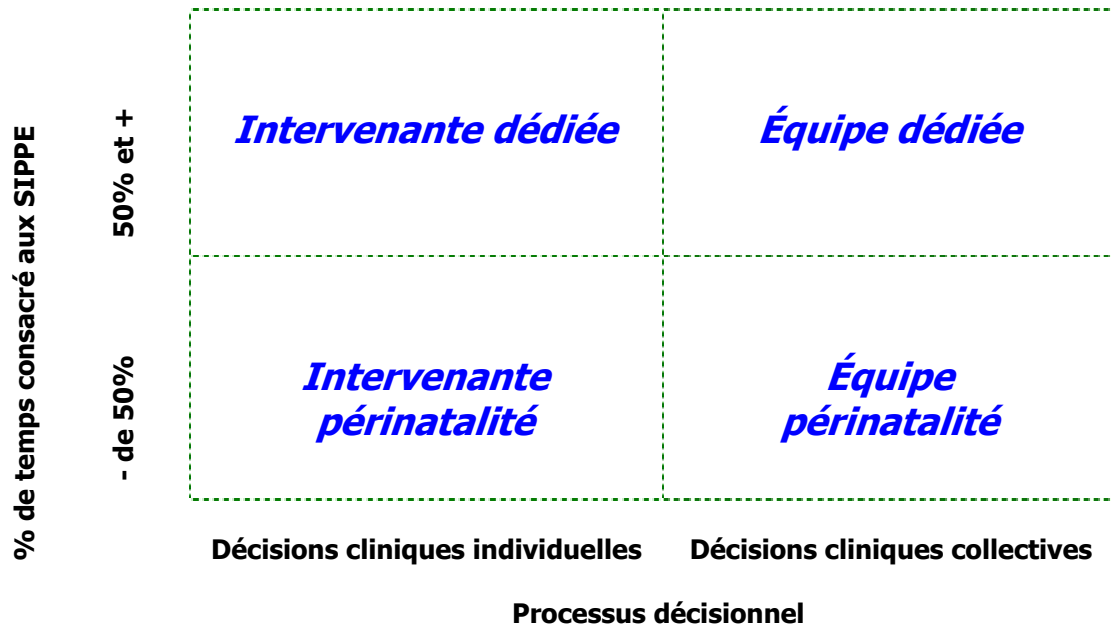
Mettre en place un groupe de travail régional de répondantes cliniques dans l'objectif de :

- Optimiser l'implantation du programme par la mise à niveau des connaissances relativement aux principaux concepts d'intervention proposés dans les SIPPE.
- Assurer le transfert des compétences et l'amélioration des pratiques professionnelles en fonction de la réalité propre à chacun des CSSS.
- Élaborer des activités de formation et des outils de transfert pour les équipes SIPPE.
- Créer un ou des lieux d'échanges (virtuels ou concrets) permettant d'élargir les modes de soutien et de partage des connaissances et des expertises.

2.5 Arrangements organisationnels

Plusieurs configurations d'affectation du personnel se dégagent des résultats. Peu de CSSS ont des équipes totalement dédiées au programme SIPPE. La plupart ont des intervenantes associées à l'équipe de périnatalité, si bien que le temps affecté au programme SIPPE varie de 10% à 100%. Globalement, les gestionnaires voient ces différences comme le reflet des réalités locales des CLSC, forgées par 1) les différentes cultures organisationnelles vis-à-vis la conformité aux normes du MSSS, 2) les difficultés d'optimiser la réponse aux besoins à l'intérieur des effectifs disponibles au sein de leur organisation et, 3) la précarité chronique des postes liés aux mesures de santé publique. D'autres facteurs externes affectent aussi le comportement des organisations, tels la diversité culturelle ou le tissu communautaire.

Le tableau suivant permet d'illustrer 4 patrons d'arrangements organisationnels en fonction de deux dimensions : la proportion du temps consacré aux SIPPE et le processus décisionnel dans l'offre de services (collectif ou individuel). Ainsi, les patrons organisationnels suivants sont possibles : l'intervenante dédiée, l'équipe dédiée, l'intervenante périnatalité et l'équipe périnatalité.



Beaucoup de CSSS affirment travailler en équipe dédiée, mais la tournée met en évidence que seulement une minorité d'installations CLSC ont des intervenantes qui consacrent la majorité de leur temps à la clientèle SIPPE. La plupart fonctionne plutôt en faisant une attribution des cas à tour de rôle parmi les infirmières qui « font de tout » (vaccination, visites postnatales, suivi d'allaitement, rencontres prénatales, etc.). Les gestionnaires mentionnent leur difficulté à protéger les ressources SIPPE compte tenu des autres mandats de périnatalité dans un contexte de pénurie de ressources.

Certains CSSS peuvent avoir un modèle organisationnel dominant (ex. intervenante périnatalité) alors que d'autres peuvent loger plusieurs modèles (ex. intervenante dédiée dans une équipe périnatalité, ou des intervenantes péri au sein d'une équipe dédiée). Selon le patron d'arrangements organisationnels prédominant à l'intérieur du CSSS, les caractéristiques diffèrent :

Équipe dédiée (50% et +)

- Favorise l'engagement au programme et à l'équipe.
- Aide à protéger les ressources SIPPE.
- Stimule le partage des connaissances spécialisées (clientèle vulnérable, développement de l'enfant, suivi de grossesse, projet de vie, etc.).
- Permet une gestion plus efficace : palie au manque de personnel, diminue le stress et le surmenage (FCRSS, 2006).
- Présuppose un nombre minimal d'intervenants (ou un certain bassin de services à offrir)

Intervenante dédiée (50% et +)

- Soulève des enjeux pour le renouvellement des compétences cliniques.
- Risque d'épuisement professionnel.
- Favorise un engagement au programme (formation, suivi de la clientèle)
- Permet un investissement plus intensif et un accompagnement personnalisé de la clientèle

Équipe périnatalité (- de 50%)

- Permet d'avoir une vision globale des services et enjeux en périnatalité.
- Favorise une plus grande polyvalence du personnel dans l'ensemble des tâches.
- Risque d'éparpillement des ressources entre SIPPE et les autres services.
- Soulève des enjeux autour de la préservation des compétences spécifiques au programme SIPPE.

Intervenante périnatalité (- de 50%)

- Permet une diversité des clientèles.
- Favorise une diversification des compétences selon un modèle de généraliste.
- Soulève des enjeux autour de la préservation des compétences spécifiques au programme SIPPE.
- Soulève des enjeux de préservation des ressources SIPPE.

Mise à jour théorique

L'INSPQ n'a pas réexaminé à ce jour les modes d'organisations optimaux pour favoriser une meilleure implantation des SIPPE. Pour l'instant, le cadre de référence (MSSS, 2004a) demeure le document duquel la proposition régionale s'inspire.

Proposition régionale

Bien que les configurations d'équipe doivent s'inscrire dans l'histoire et la culture organisationnelle de chacun des CSSS, nous recommandons que :

- D'ici deux ans, les CSSS consolident une équipe dédiée SIPPE à 50% et +
- Un suivi d'équipe interdisciplinaire structuré autour du Plan d'intervention (PI) et du Plan de services individualisés (PSI) afin de permettre l'échange d'expertise, des meilleurs liens avec le secteur communautaire, etc.

2.6 Activités communautaires et de groupe réalisées par les CSSS

L'information recueillie lors de la tournée ne permet pas de broser un portrait précis de la composante Création d'environnements favorables puisque ce n'était pas l'objet de la tournée. Par contre, deux enjeux de collaboration au sein des CSSS et avec le secteur communautaire ressortent des discussions, soit la continuité et la complémentarité.

Continuité

La continuité se définit par des activités de même nature (visant les mêmes objectifs) auprès de la même clientèle cible par des organisations différentes pour augmenter l'intensité et/ou palier à un manque de ressources. Certains CSSS semblent diminuer leurs activités en raison de leur présence dans d'autres organisations. La majorité des CSSS demandent de tenir compte de la continuité dans le « calcul » de l'intensité.

Complémentarité

On parle de complémentarité lorsque des activités de différentes natures sont offertes à la même clientèle pour diversifier l'offre de services et répondre à différents objectifs. Certains CSSS diminuent l'intensité des visites à domicile lorsque la famille bénéficie de services médicaux, de suivis postnataux, de groupes de stimulation pour l'enfant, etc. et ce, même si ces services ne répondent pas directement aux objectifs des suivis réguliers SIPPE à domicile.

Mise à jour théorique

L'INSPQ, dans la mise à jour du programme en 2006, n'a pas analysé de près la continuité et la complémentarité des activités communautaires et de groupe. Il conserve donc la recommandation suivante :

- Maintenir l'intensité à domicile et favoriser l'intégration de l'enfant dans un milieu de garde de qualité (Guide 1-5 ans, INSPQ).

Proposition régionale

- Réfléchir aux activités de groupe qu'on veut promouvoir tout en maintenant la pertinence des suivis individuels.
- Concernant l'offre de services externes et communautaires qui se comparent au suivi individuel SIPPE, il importe de respecter la mission des organismes communautaires.
- Entamer un processus de réflexion sur la complémentarité et l'indissociabilité des composantes Accompagnement des familles et Création d'environnements favorables.

3. MONITORAGE

Il se dégage un consensus à l'effet que les indicateurs actuellement suivis dans le cadre des ententes de gestion sont incomplets pour rendre compte de la richesse de l'intervention réalisée dans les SIPPE. Les critères actuels retenus par le MSSS pour le monitoring ne témoignent pas de la réalité du case load des intervenants. On souhaite un monitoring qui fasse du sens aussi bien pour la gestion du programme que pour son application pratique.

Indicateurs à rajouter

Plusieurs idées d'indicateurs émergent de la tournée afin de suivre la progression (monitoring évaluatif) et améliorer l'implantation (monitoring formatif et participatif) du programme.

- Continuité des services (visant les mêmes objectifs que les visites à domicile) :
 - o autres activités offertes aux enfants de 2 à 5 ans au sein du CSSS.
 - o autres activités offertes aux parents.
 - o activités individuelles offertes par d'autres organismes.
 - o suivis offerts dans d'autres territoires de CSSS (ex. dans les cas de déménagements).
- Complémentarité des services (visant d'autres objectifs que les visites à domicile) :
 - o activités de groupe identifiées SIPPE (rendre compte des efforts de préparation des activités et de mobilisation de la clientèle).
 - o activités offertes par d'autres organismes (Création d'environnements favorables).
 - o activités de périnatalité « hors-SIPPE » au sein du CSSS.
- Atteinte des objectifs cliniques.

Améliorer les outils

Au niveau des processus de monitoring, on constate l'existence d'un seul système informatique (*Intégration-CLSC*) conçu principalement pour suivre les activités et les processus administratifs auquel a été greffé un outil développé spécifiquement pour la clientèle périnatale, la fiche de périnatalité, utilisée principalement pour le suivi du programme SIPPE. On note des variations dans les routines pour la saisie des données. Ainsi on observe 3 façons de faire différentes :

1. Chaque intervenante est responsable de la codification informatique de ses clientes.
2. Chaque intervenante complète une fiche papier, qui est informatisée par un archiviste ou un commis.
3. Un responsable complète une fiche papier, qui est informatisée par un archiviste/commis.

La fiche de périnatalité est implantée pour faciliter l'obtention des données des clientèles ciblées par le programme. Encore là, nous observons 4 modalités concernant la clientèle pour laquelle est complétée une fiche de périnatalité :

1. Toute la clientèle périnatalité (Services réguliers + spécifiques).
2. Seulement la clientèle Services spécifiques.
3. Uniquement la clientèle SIPPE suivie avec l'intensité recommandée.
4. Uniquement la clientèle SIPPE pour laquelle on tend vers l'intensité.

Nous sommes à même de constater à quel point le processus d'inscription des clientèles dans le système *Intégration-CLSC* varie dans les territoires de CSSS. Certaines solutions sont suggérées afin d'améliorer et d'uniformiser l'utilisation des outils de monitoring :

- Faire communiquer les bases d'information (ex. *Intégration-CLSC* et les avis de naissance).
- Intégrer de nouveaux indicateurs à la fiche de périnatalité.
- Accentuer les efforts pour uniformiser la codification dans la fiche périnatalité (ex. formations, soutien technique, clarification des consignes, amélioration des mécanismes de communication).

Plusieurs conditions prometteuses et certains obstacles identifiés dans les focus groups, assureraient un monitoring utile à la fois aux décideurs, aux intervenantes et aux évaluateurs :

En résumé, les intervenants ont émis quelques conditions prometteuses et obstacles à lever.

LES INTERVENANTS	CONDITIONS PROMETTEUSES
	▪ Inscrire le monitoring dans une optique d'amélioration continue de la qualité et dans la logique professionnelle ; ▪ Systématiser le recueil des différentes expériences pour stimuler leur intérêt ; ▪ Bonifier la fiche de périnatalité pour répondre aux objectifs populationnels ; ▪ Ajouter une collecte de données supplémentaire si instauration des mécanismes de rétroaction ; ▪ Préciser et harmoniser la notion de vulnérabilité par des outils d'aide à la décision clinique ; ▪ Viser la simplicité et la rapidité pour la compilation.
	OBSTACLES À LEVER
	▪ Une position d'arbitrage entre le temps à consacrer à la collecte de données et celui réservé aux services à rendre à la clientèle ; ▪ La surcharge administrative et l'augmentation de la lourdeur bureaucratique ; ▪ Le manque de temps en raison de la restructuration à apprivoiser.

En résumé, les gestionnaires ont émis quelques conditions prometteuses et obstacles à lever :

LES GESTIONNAIRES	CONDITIONS PROMETTEUSES
	▪ Tirer des leçons d'autres <i>expériences</i> ; ▪ Développer une perspective commun entre les mandataires : Agence, DSP, CSSS ; ▪ Obtenir du soutien d'expertise et des outils conviviaux ; ▪ Uniformiser les attentes sur l'utilisation des données de monitoring ; ▪ Faire preuve de cohérence pour l'efficience du programme ; ▪ Fournir une planification rigoureuse dans le processus d'obtention des données ; ▪ Introduire dans les routines quotidiennes et non sous forme de blitz ; ▪ Partager les informations et diffuser les résultats auprès des intervenants ; ▪ Conserver une démarche qualitative et partager des expériences.
	OBSTACLES À LEVER
	▪ Le désinvestissement des ressources en raison de l'essoufflement ; ▪ Une attention particulière pour susciter l'adhésion des intervenants au monitoring ; ▪ Du retard dans les délais de mise en œuvre pour éviter de compromettre l'intérêt ; ▪ Les barrières d'accès aux statistiques pour les partenaires.

Décision régionale

- Sous la responsabilité du comité TPFC, former un groupe de travail Agence-CSSS sur le monitoring qui aura pour responsabilités de :
 - o Proposer des recommandations pour adapter le système *Intégration-CLSC* aux objectifs poursuivis par l'adaptation montréalaise du programme SIPPE, notamment pour :
 - Témoigner de l'approche populationnelle.
 - Témoigner de l'intensité des services (12^e semaine de grossesse à 5 ans).
 - Faciliter le processus de reddition de comptes.
 - o Proposer des recommandations pour une stratégie de monitoring complémentaire à *Intégration-CLSC* pour mieux témoigner de la continuité de services (indicateurs qualitatifs, qui tiennent compte de la complémentarité des services, des activités communautaires, etc.)

CONCLUSION

Cette démarche est le fruit d'une collaboration entre les porteurs institutionnels des activités de santé publique. Les résultats nous démontrent à quel point il importe de s'attarder à l'alignement des incitatifs pour réussir l'implantation d'un programme populationnel.

Les défis sont grands d'autant que des enjeux plus globaux font écho sur le terrain notamment l'arbitrage entre les perspectives populationnelles et individuelles, la non adaptation des services aux besoins de la clientèle, l'allocation des ressources, la non standardisation des pratiques et des procédures ainsi que les systèmes informationnels.

L'ouverture démontrée par les partenaires pour aboutir à une prise de décision collective en faveur de services préventifs plus adaptés fait ressortir l'indéniable interdépendance entre les acteurs pour atteindre les résultats de santé escomptés.

Dans un environnement complexe, il importe d'accorder de l'importance à une approche de « petits pas » et de régulation des micros processus.

Ce projet, par sa démarche consensuelle et incrémentale, a été qualifié de prometteur pour construire de nouvelles valeurs de collaboration et un climat de confiance nécessaires à l'initiation de tout changement.

PLAN DE TRAVAIL 2007-2009

La présente section résume les propositions issues de la tournée pour 1) optimiser l'implantation des SIPPE, 2) faire évoluer l'offre de services vers une approche populationnelle et 3) améliorer le système de monitoring.

Élément d'implantation	Balise d'implantation recommandée 2007-2008	Activité à réaliser	Échéancier
Clientèle visée	Maintenir le statu quo dans l'application des critères d'éligibilité aux SIPPE.	S'inspirer des résultats de l'analyse de la grille complémentaire afin de réévaluer la pertinence des critères d'éligibilité.	Automne 2007
Cheminement des demandes/ Processus décisionnels	Dans la mesure du possible, procéder en 3 étapes : 1. Vérifier l'éligibilité de la cliente. À l'accueil, au téléphone ou autrement, juger de l'éligibilité de la famille sur la base des 3 critères du cadre de référence. Cette étape peut facilement se réaliser par une seule intervenante. 2. Évaluer la vulnérabilité de la cliente. Une fois l'éligibilité confirmée, procéder à une évaluation (de préférence à domicile) de sa vulnérabilité. 3. Décider de l'offre de services SIPPE. En équipe, confirmer l'inscription de la cliente sur la base de sa vulnérabilité et décider des services à lui offrir et des modalités.		
Visites à domicile	Offrir obligatoirement l'intensité recommandée dans le cadre de référence de la 12 ^e semaine de grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait 2 ans, et si possible jusqu'à ce qu'il ait cinq ans.		
Approche clinique		Mettre en place un groupe de travail régional de répondantes cliniques : • Optimiser l'implantation du programme par la mise à niveau des connaissances relativement aux principaux concepts d'intervention proposés dans les SIPPE. • Assurer le transfert des compétences et l'amélioration des pratiques professionnelles	Juin 2007

Élément d'implantation	Balise d'implantation recommandée 2007-2008	Activité à réaliser	Échéancier
		en fonction de la réalité propre à chacun des CSSS. • Élaborer des activités de formation et des outils de transfert pour les équipes SIPPE. • Créer un ou des lieux d'échanges permettant d'élargir les modes de soutien et de partage des connaissances et des expertises.	
Arrangements organisationnels	Bien que les configurations d'équipe doivent s'inscrire dans l'histoire et la culture organisationnelle de chacun des CSSS, nous recommandons de tendre vers : • Une équipe dédiée SIPPE à 50% et + • Un suivi d'équipe interdisciplinaire structuré autour du PI et du PSI (échange d'expertise, liens avec le communautaire, corridors de services 2^e et 3^e ligne).		
Activités communautaires et de groupe	Concernant l'offre de services externes et communautaires qui se comparent au suivi individuel SIPPE, il importe de respecter la mission des organismes communautaires.	Réfléchir aux activités de groupe qu'on veut promouvoir tout en maintenant la pertinence des suivis individuels, et comment en tenir compte dans le monitoring. Entamer un processus de réflexion sur la complémentarité et l'indissociabilité des composantes Accompagnement des familles et Création d'environnements favorables.	À déterminer
Monitoring		Sous la responsabilité du comité Tout-petits, familles et communauté, former un groupe de travail Agence-CSSS sur le monitoring qui aura pour responsabilités de : 1. Proposer des recommandations pour adapter la fiche de périnatalité aux objectifs poursuivis par l'adaptation montréalaise du programme SIPPE, notamment pour systématiser la collecte des données pour : • Témoigner de l'approche	Automne 2007

Élément d'implantation	Balise d'implantation recommandée 2007-2008	Activité à réaliser	Échéancier
		populationnelle • Témoigner de l'intensité des services (12^e semaine de grossesse à 5 ans) • Faciliter le processus de reddition de comptes. 2. Proposer des recommandations pour une stratégie de monitoring complémentaire à la fiche de périnatalité pour mieux témoigner de la continuité de services (indicateurs qualitatifs, indicateurs qui tiennent compte de la complémentarité des services, des activités communautaires, etc.).	

RÉFÉRENCES

- Bidmead, C., Cowley, S. (2005). *A concept analysis of partnership with clients*. Community practitioner, 78 : 203-208.
- Clapperton, I. (2007). *Vers un système de monitoring des activités de santé publique*, Programme FORCES de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, p. 25.
- Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada*. Recommandations et synthèse pour politiques. Disponible au www.fcrss.ca.
- Hatry, H. P. & Newcomer, K. E. (2004). *Pitfalls of Evaluation*. In J. S. Wholey, H. P. Hatry, & K. E. Newcomer (Eds.), *Handbook of practical program evaluation* (Second ed., p. 547-570). San Francisco : Jossey-Bass.
- Jack, S., DiCenso, A., Lohfeld, L. (2005). *A theory of maternal engagement with public health nurses and family visitors*. Journal of Advanced Nursing, 49 (2) 182-190.
- Korfmacher, J., Kitzman, H., Olds, D. (1998). *Intervention processes as predictors of outcomes in a preventive home-visitation program*. Journal of Community Psychology, 26 (1) 49-64.
- Minich, L., Howe, S., Langmeyer, D., & Corcoran, K. (2006). *Can Community Change Be Measured for an Outcomes-Based Initiative? A Comparative Case Study of the Success by 6® Initiative*. American Journal of Community Psychology, 38, 183-190.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2004a). *Les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Cadre de référence. 79 p.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2004b). *Projet clinique Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, document principal. 75 p.
- Perrin, Burt. (2002). *Towards A New View on accountability*. Présenté à la conférence annuelle de la Société d'évaluation européenne, Promoting Organisationnel Learning via Evaluation : The New Accountability ?
- Poister, T. H. (2004). *Performance monitoring*. In J. S. Wholey, H. P. Hatry, & K. E. Newcomer (Eds.), *Handbook of practical program evaluation* (98-125). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Secrétariat du Conseil du Trésor (2002). *L'évaluation de programme, document destiné aux dirigeants et dirigeantes de ministères et d'organismes*, Québec, SCT, Sous-secrétariat aux politiques budgétaires et aux programmes, 26 p.
- Thérien, L. et all. Présentation des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, MSSS, 7 décembre 2006.

ANNEXE 1 - OUTILS UTILISÉS POUR LA PRISE DE NOTES

TOURNÉE CSSS – AUTOMNE 2006 Programme périnatalité

CSSS : _____

DATE : _____

RESSOURCES SIPPE

CLSC : _____

Équipe dédiée? _____

Type de ressources	Nombre	% SIPPE
Infirmière		
Travailleuse sociale, intervenante sociale		
Nutritionniste		
Psycho-éducatrice		
Psychologue		
Médecin		
Organisatrice communautaire, agente de milieu		
Intervenante du milieu communautaire		
Orthophoniste		
Chef de programme		
Assistante au supérieur immédiat, adjointe clinique		
Auxiliaire familiale et sociale		
Éducatrice spécialisée		
Autre		

TOURNÉE CSSS – AUTOMNE 2006
Programme périnatalité

CSSS : _____

DATE : _____

RESSOURCES SIPPE

CLSC : _____

Équipe dédiée? _____

Type de ressources	Nombre	% SIPPE
Infirmière		
Travailleuse sociale, intervenante sociale		
Nutritionniste		
Psycho-éducatrice		
Psychologue		
Médecin		
Organisatrice communautaire, agente de milieu		
Intervenante du milieu communautaire		
Orthophoniste		
Chef de programme		
Assistante au supérieur immédiat, adjointe clinique		
Auxiliaire familiale et sociale		
Éducatrice spécialisée		
Autre		

TOURNÉE CSSS – AUTOMNE 2006
Programme périnatalité

CSSS : _____

DATE : _____

RESSOURCES SIPPE

CLSC : _____

Équipe dédiée? _____

Type de ressources	Nombre	% SIPPE
Infirmière		
Travailleuse sociale, intervenante sociale		
Nutritionniste		
Psycho-éducatrice		
Psychologue		
Médecin		
Organisatrice communautaire, agente de milieu		
Intervenante du milieu communautaire		
Orthophoniste		
Chef de programme		
Assistante au supérieur immédiat, adjointe clinique		
Auxiliaire familiale et sociale		
Éducatrice spécialisée		
Autre		

TOURNÉE CSSS – AUTOMNE 2006 Programme périnatalité

CSSS : _____

DATE : _____

Mécanismes de pérennité/soutien régional

Activités	Situation actuelle	Avenues d'amélioration	Bénéfices perçus
Formations			
Soutien technique			
Communautés de pratique			
Mentorat			
Autres			

TOURNÉE CSSS – AUTOMNE 2006
Programme périnatalité

CSSS : _____

DATE : _____

OUTILS DE MONITORAGE

▪ Fiche périnatalité

ACTIVITÉS	SITUATION ACTUELLE	AVENUES D'AMÉLIORATION
Processus de collecte des données		
Validation des données		
Inscriptions des clients		
Processus de saisie des données		
Envoi au MSSS		
Rapports		

TOURNÉE CSSS – AUTOMNE 2006 Programme périnatalité

CSSS : _____

DATE : _____

OUTILS DE MONITORAGE

- I-CLSC

ACTIVITÉS	SITUATION ACTUELLE	AVENUES D'AMÉLIORATION
Processus de collecte des données		
Validation des données		
Inscriptions des clients		
Processus de saisie des données		
Envoi au MSSS		
Rapports		

TOURNÉE CSSS – AUTOMNE 2006 Programme périnatalité

CSSS : _____

DATE : _____

OUTILS DE MONITORAGE

- Autres outils disponibles

ACTIVITÉS	SITUATION ACTUELLE	AVENUES D'AMÉLIORATION
Processus de collecte des données		
Validation des données		
Inscriptions des clients		
Processus de saisie des données		
Envoi au MSSS		
Rapports		

TOURNÉE CSSS – AUTOMNE 2006
Programme périnatalité

CSSS : _____

DATE : _____

Liste d'indicateurs à cocher

Le premier contact avec la famille

Volet prénatal	Suggestions
1. Répartition (ou description?) des activités de promotion du programme a. Modalités de démarchage b. Points d'entrée dans le programme	
2. Références a. Proportion des femmes SIPPE référées par un médecin b. Proportion des femmes enceintes rejointes à partir d'une référence c. Répartition des sources d'information sur le programme	
3. Proportion des femmes qui acceptent la visite à domicile (ou de se rendre au CLSC)	
4. Caractéristiques des femmes qui acceptent et qui refusent la visite	
5. Autres indicateurs pertinents	

Le premier contact avec la famille

Volet postnatal	Suggestions
6. Proportion des mères identifiées dans les Avis de naissances contactées par téléphone	
7. Proportion des mères rejointes à qui est offert un rendez-vous	
8. Proportion des mères qui acceptent la visite à domicile (ou de se rendre au CLSC)	
9. Caractéristiques des femmes qui acceptent et qui refusent la visite	
10. Répartition (description?) des modalités de démarchage	
11. Répartition (description?) des points d'entrée dans le programme	
12. Autres indicateurs pertinents	

L'évaluation de la famille et l'offre de services

13. Proportion des mères (post) et des femmes enceintes (pré) qui sont visitées	
14. Proportion des femmes enceintes qui sont évaluées éligibles au programme, ainsi que leurs caractéristiques socio-sanitaires	
15. Proportion des femmes enceintes à qui on décide d'offrir le programme, ainsi que leurs caractéristiques socio-sanitaires	
16. Proportion des femmes enceintes à qui on offre effectivement le programme , ainsi que leurs caractéristiques socio-sanitaires (intensité)	
17. Répartition des activités de relance	
18. Autres indicateurs pertinents	

L'inscription et la participation au programme

19. Proportion des femmes enceintes qui acceptent de participer au programme, ainsi que leurs caractéristiques socio-sanitaires	
20. Taux de couverture à l'inscription	
21. Taux d'abandon	
22. Répartition des raisons d'abandon	
23. Répartition des actes et des profils d'intervention selon la durée et le type de clientèle	
24. Intensité de l'intervention	
25. Taux de complétion	
26. Taux de couverture à la complétion	
27. Autres indicateurs pertinents	

TOURNÉE CSSS – AUTOMNE 2006

Programme périnatalité

CSSS : _____

DATE : _____

DURÉE DU SUIVI – PROGRAMME SIPPE

Profils de clientèle /Installation CLSC		12sem	16sem	20sem							
	< 9 MOIS				NAISSANCE	1 MOIS	6 MOIS	1 AN	18 MOIS	2 ANS	5 ANS

Grille durée-intensité tournée.doc

TOURNÉE CSSS – AUTOMNE 2006 Programme périnatalité

CSSS : _____

DATE : _____

Trajectoires et profils de clientèle SIPPE			
Trajectoire/Profil 1 :			
Stratégies de démarchage			
Portes d'entrée			
Évaluation	Étapes	Critères	Processus décisionnel
Inscription			
Sortie/relais/références/CPE			

TOURNÉE CSSS – AUTOMNE 2006 Programme périnatalité

CSSS : _____

DATE : _____

Trajectoires et profils de clientèle SIPPE			
Trajectoire/Profil 2 :			
Stratégies de démarchage			
Portes d'entrée			
Évaluation	Étapes	Critères	Processus décisionnel
Inscription			
Sortie/relais/références/CPE			

TOURNÉE CSSS – AUTOMNE 2006 Programme périnatalité

CSSS : _____

DATE : _____

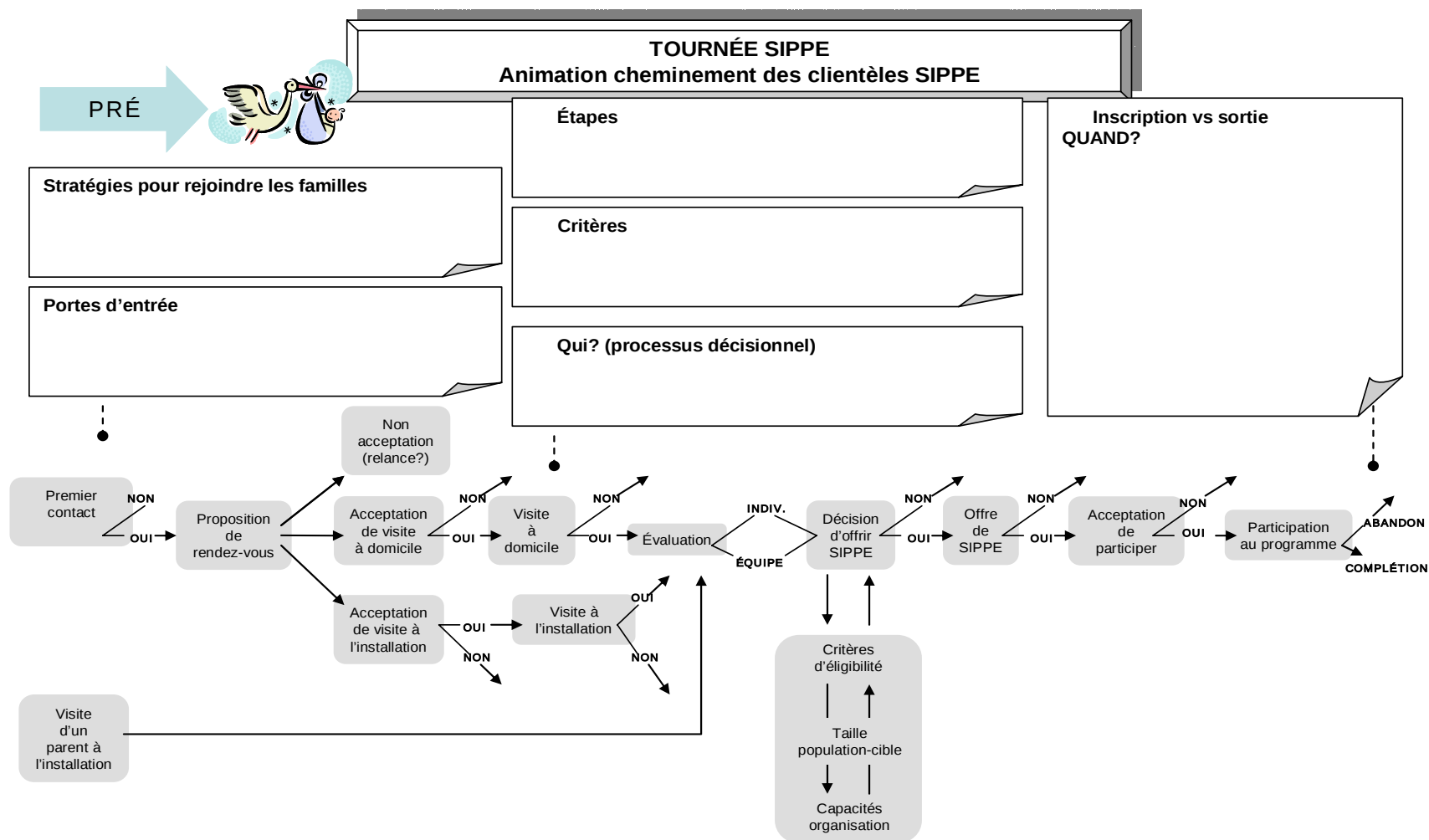
Trajectoires et profils de clientèle SIPPE			
Trajectoire/Profil 3 :			
Stratégies de démarchage			
Portes d'entrée			
Évaluation	Étapes	Critères	Processus décisionnel
Inscription			
Sortie/relais/références/CPE			

TOURNÉE CSSS – AUTOMNE 2006 Programme périnatalité

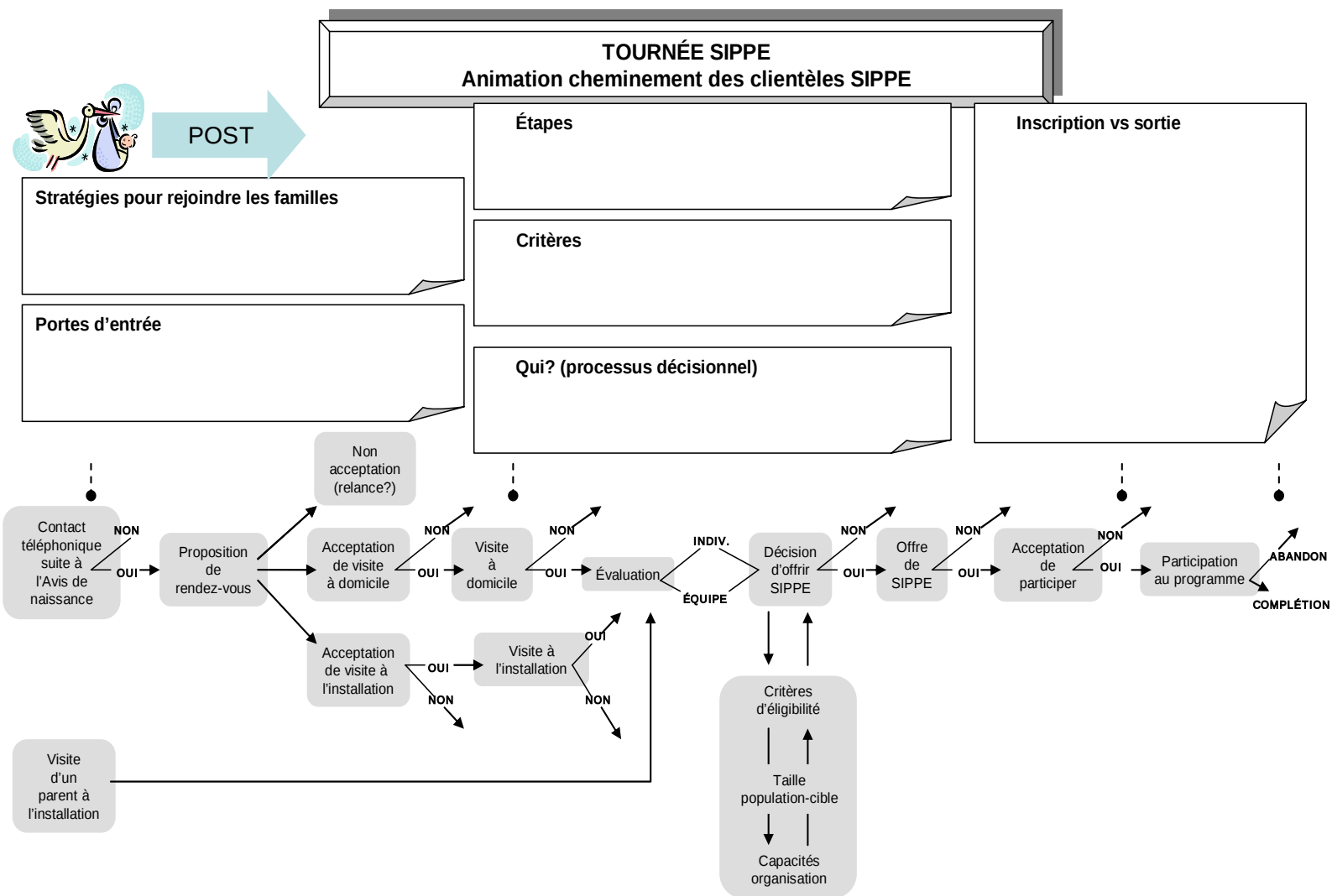
CSSS : _____

DATE : _____

Trajectoires et profils de clientèle SIPPE			
Trajectoire/Profil 4 :			
Stratégies de démarchage			
Portes d'entrée			
Évaluation	Étapes	Critères	Processus décisionnel
Inscription			
Sortie/relais/références/CPE			



animation cheminement clientèles SIPPE.ppt



animation cheminement clientèles SIPPE.ppt

B O N D E C O M M A N D E

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Pour optimiser la composante accompagnement des familles des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	10\$	
	NUMÉRO D'ISBN (version imprimée)		
	978-2-89494-621-3		
Nom			
Adresse			
	No	Rue	App.
	Ville	Province	Code postal
Téléphone			
	Télécopieur		

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de santé publique de Montréal.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514-528-2400, poste 3646

DIRECTION DE
SANTÉ PUBLIQUE

Votre partenaire
pour garder notre
monde en santé

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514-528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec

