

Entente-cadre CLSC-CJ Bilan et prospectives

Programme

Rencontre le jeudi 18 octobre 2001
Hôtel Loews Le Concorde – Québec

9h00 – 9h15	Ouverture Madame Andrée Gendron, directrice générale Association des CLSC et CHSLD du Québec Monsieur Pierre Lamarche, directeur général Association des centres jeunesse du Québec	13h30 – 14h00	Prospectives 1^{re} partie. Chaque région présente le principal défi à relever dans sa région, au cours de la prochaine année, de même que ce qui lui apparaît être le défi collectif que nous devons relever pour l'ensemble du Québec.
9h15 – 10h15	Bilan 1^{re} partie. Les réussites – Avec la participation des régions.	14h00 – 15h30	Échange sur les défis.
10h15 – 10h30	Lancement du guide pour soutenir le partenariat Entente-cadre CLSC-CJ.	15h30 – 16h00	Pause.
10h30 – 10h45	Pause.	16h00	Synthèse des consensus qui se dégagent sur les principaux défis collectifs à relever et clôture par la Ministre Agnès Maltais.
10h45 – 12h00	Présentation des résultats de la recherche An 3.		
12h00 – 13h30	Dîner.		

Guide pour soutenir le partenariat Entente CLSC-Centres jeunesse

TRAVAUX ISSUS DE L'ENTENTE CADRE

« CLSC et Centres jeunesse, des établissements qui s'appuient au service des enfants, des jeunes et des familles »

En 1998, l'Association des CLSC et CHSLD du Québec et l'Association des Centres jeunesse ont établi un cadre de compréhension commun définissant les responsabilités de chacun et les zones de collaboration susceptibles d'augmenter la qualité et la continuité des services. Il s'agit de l'entente cadre « CLSC et Centres jeunesse, des établissements qui s'appuient au service des enfants, des jeunes et des familles ».

PARAMÈTRES DE L'ENTENTE CADRE CLSC/CJ DE 1998

► La finalité recherchée

Dispenser des services de qualité par une complémentarité simple et fonctionnelle qui assure la continuité des services et réduit au minimum les inconvénients pour les usagers est la finalité de l'entente cadre. Celle-ci vise également qu'aucun enfant et qu'aucune famille ne se retrouve sans services, faute pour nos établissements de s'entendre sur le partage de nos responsabilités respectives.

► Les postulats de départ

Les deux associations ont élaboré cette entente sur la base de deux postulats de départ :

- Le premier est que les changements visés ne sont pas d'ordre structurel ; il ne s'agit pas de fusionner leurs structures. Les changements visés sont de l'ordre des pratiques, dans une perspective de complémentarité et d'appui mutuel.

- Le second a trait aux ressources actuelles qui sont jugées insuffisantes pour assumer efficacement l'ensemble de la mission jeunesse de nos établissements. Nous ne recherchons donc pas le transfert de ressources d'un type d'organisation à l'autre mais l'ajout des ressources nécessaires pour répondre adéquatement et équitablement aux besoins de services à la jeunesse dans l'ensemble des régions du Québec.

► La clarification des responsabilités, des contributions respectives et des zones de collaboration entre les deux partenaires.

L'entente distingue clairement deux notions complémentaires :

- La notion de porteur de mandat, où les établissements sont imputables des résultats et assument le leadership ;
- La notion de responsabilités respectives, où chacun des partenaires apporte sa contribution pour l'atteinte des résultats de chacune des fonctions, qu'il s'agisse de fonctions de dispensation de services (promotion, prévention, traitement, protection) ou de fonctions d'organisation (accès, coordination).

L'entente précise des zones de collaboration obligatoire qui complètent l'engagement mutuel au profit des services aux enfants, aux jeunes et aux familles d'une région en assurant une contribution de chacun des établissements selon leurs expertises propres.

► **Le processus d'implantation et son suivi rigoureux**

L'entente prévoit qu'il appartient à chaque région de procéder à l'implantation de l'entente à son rythme et selon des modalités qui lui conviennent.

Par ailleurs, un monitoring serré de l'expérience permet de cerner les résultats et dégager progressivement les pratiques efficaces pour l'atteinte des objectifs. Ce monitoring s'appuie sur un échantillon national et est assorti d'un suivi plus approfondi dans quatre régions pilotes.

► **L'évolution vers un continuum de services**

Les deux associations sont conscientes que l'entente cadre n'est qu'un début. La dynamique constructive du départ a pour objectif de développer une culture de collaboration forte qui ait un effet d'entraînement pour la création d'un continuum de services, avec l'ensemble des acteurs qui sont appelés à contribuer au développement et à la protection des enfants, des jeunes et des familles. Et, nous le savons, les besoins sont nombreux, compte tenu de la diversité des populations visées et de la complexité grandissante des environnements et des problèmes rencontrés.

À ce jour, nous avons complété trois ans d'implantation. C'est pourquoi, nous souhaitons faire le point sur ce que notre expérience pratique et la littérature nous enseignent concernant les continuum intégrés de services.

Depuis la parution de l'entente cadre, un comité conjoint formé de représentants des deux associations, de la conférence des régions régionales et du ministère en assure le suivi, appuyé par une recherche documentant l'implantation et les impacts de la mise en œuvre de ce cadre de collaboration.

Ce guide présente les résultats de plusieurs travaux entrepris par le comité conjoint pour appuyer la démarche de partenariat. Outre la présentation des résultats issus de la recherche 1998-2001, ce guide propose des outils concrets permettant de mesurer le chemin parcouru (liste d'indicateurs) ou de supporter les pratiques de partenariat (déterminants, modèle d'évolution, continuum intégré de services, arrimages en négligence, avis sur le volontariat et l'intervention en contexte d'autorité, outils terrain...).

Les travaux réalisés dans le cadre de ce guide ont mis à contribution plusieurs intervenants du terrain qui ont généreusement accepté de partager le fruit de leurs expériences et de l'inscrire dans le cadre du partenariat recherché. Nous les en remercions chaleureusement. Vous retrouverez le nom de ces partenaires en début de chaque section à laquelle ils ont collaboré. Finalement, chacune des constituantes du document a fait l'objet d'un exercice d'intégration par le comité conjoint CLSC-Centres Jeunesse qui en ont approuvé la facture finale.

Le comité conjoint CLSC-Centres jeunesse est composé de :

François Blais

Directeur général, CLSC de la Haute-Yamaska

Richard Desrochers

Directeur général, Centres jeunesse Mauricie-Centre-du-Québec

Pierre Durocher

Directeur général, CLSC Saint-Michel

Linda Fortin

Chef de service, Service de l'enfance, de la jeunesse et de la famille,
Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec

Sylvie Fortin

Conseillère aux programmes,
Association des CLSC et des CHSLD du Québec

Alain Ouellet

Directeur général, CLSC-CHSLD de la MRC de Bellechasse

Odette Ouellet

Conseillère principale, Secteur protection de la jeunesse,
Association des centres jeunesse du Québec

Pierre Patenaude

Directeur général, Centres jeunesse de Laval

Gaston Robert

Directeur général, Centres jeunesse de Lanaudière

Micheline Vallières-Joly

Directrice générale des programmes,
Régie régionale des Laurentides

Chaque section du guide porte sur un élément du partenariat. Nous espérons que les outils présentés permettront de poursuivre la démarche avec l'ensemble des partenaires pour le mieux-être des familles, des enfants, des jeunes et des communautés.

Guide pour soutenir le partenariat dans le secteur Famille-Enfance-Jeunesse

Table des matières

Ce guide présente des outils développés depuis l'avènement de l'entente cadre en 1998, et conçus pour soutenir le partenariat CLSC-CJ. Chaque section du guide porte sur un élément de partenariat soulevé en cours d'implantation. Les outils présentés devraient permettre de poursuivre la démarche et de l'élargir à d'autres partenaires.

1. Synthèse des progrès réalisés de 1999 à 2001

2. Les déterminants du partenariat

3. Modèle d'évolution du partenariat

4. Les réseaux intégrés de service : revue de littérature

5. Le monitoring du partenariat : les indicateurs

6. Balises sur les notions de volontariat et d'autorité

7. Zones de collaboration et de complémentarité en matière de négligence

8. Outils et expériences terrain

1.

***Synthèse des progrès réalisés
de 1999 à 2001***

Projet de recherche sur l'implantation de l'instrument de coopération développé conjointement par les centres jeunesse et les CLSC du Québec

Synthèse des progrès réalisés de 1999 à 2001

Rappelons que cette recherche repose sur un échantillon qui se compose de dix répondants par territoire de CLSC, cinq d'entre eux provenant des services jeunesse du CLSC (le gestionnaire responsable et quatre intervenants) et les cinq autres du CJ (le gestionnaire responsable et quatre intervenants). Un certain nombre d'établissements se sont ajoutés en 2000 et 2001, alors que le taux de participation s'est toujours maintenu au-dessus de 80 %. Un échantillon de plus de 1000 répondants assure la fiabilité et la représentativité des résultats à l'égard des personnes réellement impliquées dans la mise en oeuvre de l'entente cadre de juin 1998.

DES RELATIONS QUI S'AMÉLIORENT

Deux questions nous permettent de mesurer l'évolution globale des relations entre les CLSC et les CJ à travers le Québec :

- La première porte sur la proportion des répondants qui estiment que leurs relations sont faciles avec leur partenaire : *Actuellement et de manière globale, pour faire suite à l'entente cadre de 1998, comment percevez-vous les relations avec votre partenaire ?*

En 1999, 4,4 % des répondants disaient qu'elles sont inexistantes alors que ces relations sont faciles selon 69,9 % des répondants et difficiles pour 25,7 % d'entre eux. En 2001, il n'y a plus de répondants sans relations avec le partenaire et les relations sont faciles pour 81,6 % d'entre eux, soit un gain de 11,7 % par rapport à 1999. Ce pourcentage

peut apparaître modeste, mais il nous faut tenir compte qu'il est absolument impossible d'obtenir un taux de 100 % et qu'un objectif de 85 % s'avère fort réaliste. Un gain à peu près identique à celui de la dernière année pour 2002 nous permettrait de l'atteindre.

- La seconde question : *De façon globale, considérez-vous que la situation s'est améliorée ou détériorée durant la dernière année ?* Elle ne fut pas posée la première année. Réponse obtenue en 2001 : améliorée, 83,7 % ; détériorée, 16,3 %. Nous croyons que ces résultats reflètent bien ce qui se passe sur le terrain.

DES INDICATEURS DES PROGRÈS RÉALISÉS

En 1999, nous étions au tout début d'un processus long et complexe de transformation des relations CJ/CLSC. Lorsque nous interrogeons les participants sur l'existence des conditions essentielles à l'implantation de l'entente cadre, seulement 6,8 % des répondants considéraient que ces conditions étaient alors réunies. Inversement, 28,5 % des répondants disaient que ces conditions n'existaient pas et les autres (64,7 %) affirmaient qu'elles existaient partiellement.

À partir de l'enquête de l'an 2000, nous nous sommes intéressés à formuler des indicateurs qui nous permettent de mesurer les progrès accomplis dans les pratiques partenariales. Nous avons aligné un certain nombre d'acquis sur lesquels il est possible de s'appuyer. Nous présentons ici les changements opérés entre 2000 et 2001 selon l'ordre décroissant de leur importance :

-
- Ont eu une formation conjointe : 55,8 % (+ 21,0 %)
 - Se sont approprié le contenu de l'entente avec leur partenaire : 53,2 % (+ 4,7 %)
 - Pratiquent des formes de travail en commun : 52,5 % (+ 1,4 %)
 - Possèdent un comité conjoint : 49,9 % (+ 3,0 %)
 - Disposent d'outils communs : 38,6 % (+ 26,1 %)

Ces éléments sont cruciaux pour assurer le succès des objectifs liés à l'entente cadre et constituent des moyens importants de soutien au développement des pratiques souhaitées. Comme on le constate, l'effort des partenaires au cours de la dernière année a surtout porté sur des formations conjointes et l'adoption d'outils communs.

L'IMPACT DE L'ENTENTE CADRE SUR LES SERVICES À LA CLIENTÈLE

Nous nous sommes ensuite donné cinq indicateurs des progrès accomplis selon l'ensemble des répondants :

- *À votre avis, y a-t-il moins de clients victimes d'un mauvais partage des rôles entre CJ et CLSC?* Réponse : moins selon 63,2 % des répondants ;
- *À votre avis, se fait-il plus de références personnalisées?* Réponse : plus, selon 62,1 % des répondants ;
- *À votre avis, y a-t-il une meilleure continuité dans les services?* Réponse : oui, selon 59,7 % des répondants ;
- *Le transfert d'informations est-il plus efficace?* Oui : selon 67,2 % des répondants ; cette question ayant été posée en 2000, nous constatons un gain de 13,9 % ;
- *Sur la base de ces indicateurs, croyez-vous que vous progressez vers l'atteinte de l'objectif poursuivi?* Oui, selon 74,2 % des répondants. Cette question ayant été posée en 2000, nous constatons un gain de 4,0 %.

Comme on le constate aisément, les résultats se situent entre 60 et 75 %, ce qui démontre que l'implantation de l'entente cadre porte des fruits, même si la situation peut encore être améliorée.

LES ENJEUX POUR UNE AMÉLIORATION DES RÉSULTATS AU COURS DE LA PROCHAINE ANNÉE

(en ordre décroissant d'importance selon les répondants)

► Ressources financières et humaines

- les répondants (intervenants et gestionnaires, des CJ et des CLSC) soulignent la nécessité de réduire de façon significative la charge de travail (nombre de cas à assumer) pour permettre une plus grande implication au sein des familles, une plus grande efficacité dans le traitement des dossiers, une meilleure réponse aux besoins de la clientèle et davantage de satisfaction professionnelle. Le sentiment de vivre une surcharge empêche de travailler davantage en concertation, en prévention dans les écoles et à des projets communautaires ou de groupe.

► Mécanismes de soutien

- les répondants soulignent l'importance de leur apporter du soutien et un encadrement clinique, particulièrement en CLSC où cet aspect fut négligé durant de nombreuses années: l'ajout d'agents de liaison et de coordination, un encadrement plus adéquat aux intervenants et l'augmentation du soutien clinique (que cela se traduise par un consultant clinique, une personne déchargée pour assurer la supervision, l'offre de formations cliniques et développer les habiletés au travail d'équipe) et la reconnaissance pour le travail accompli.

► Attitudes personnelles

- importance d'un partage de valeurs, avoir des communications transparentes, se rapprocher de leurs clients et de la communauté. Au niveau des difficultés dans leurs interventions cliniques, les répondants soulignent particulièrement les différences qui existent entre eux quant aux approches et aux concepts de protection et de volontariat.

► Styles de gestion

- les répondants ont souligné ce qui, à leurs yeux, constitue un bon ou un mauvais climat de travail. Ils insistent également pour que le style de gestion valorise la place du travail clinique dans leur organisation, reconnaisse l'autonomie décisionnelle des gestionnaires et des intervenants, porte une grande préoccupation pour l'amélioration continue des services en fonction des besoins de la population et que le rôle des gestionnaires soit plus axé sur le soutien plutôt que sur le contrôle.

► Processus

- les répondants souhaitent enfin qu'on trouve le moyen de réduire les fonctionnements bureaucratiques lorsque cela est possible.

Le rapport de recherche 2001 est remis à chacun des établissements et peut être consulté par les personnes qui souhaitent approfondir les résultats de leur région. L'équipe de recherche est disponible pour répondre à vos questions.

Deux autres documents sont offerts :

- *Le répertoire des outils développés et documents provenant des régions (1999-2001)*
- *Les réseaux intégrés de services : fondements, définitions et modes d'organisation*

Claude Larivière, chercheur
et Daniel Gagnon, coordonnateur de la recherche : (514) 842-5181
Association des Centres jeunesse du Québec
2000 rue Mansfield, bureau 1100, Montréal H3A 2Z8
Courriel : daniel_gagnon @ssss.gouv.qc.ca

2.

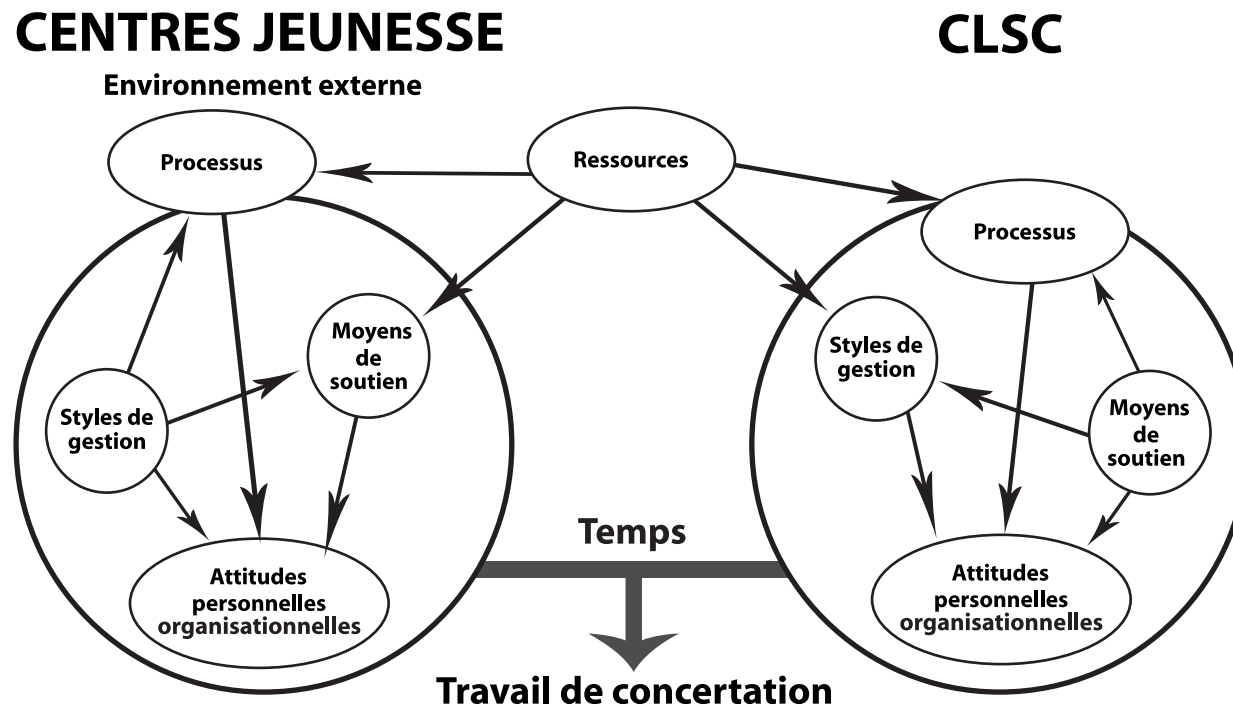
Les déterminants du partenariat

Le développement du partenariat CLSC-CJ, cinq déterminants sur lesquels agir

Ces cinq déterminants sont : le processus, les styles de gestion, les attitudes personnelles et organisationnelles, les moyens de soutien, les ressources.

Concrètement, les cinq déterminants s'intègrent dans un modèle qui peut être présenté sous la forme d'un graphique permettant de mieux saisir les relations entre eux.

Toutefois, il est primordial de noter que si l'environnement externe exerce une influence certaine, il n'est pas le premier responsable de l'atteinte des objectifs. Chacun doit d'abord s'efforcer d'y contribuer en agissant notamment sur l'allégement des processus, l'accentuation des aspects du style de gestion favorisant le partenariat, le développement d'une gamme suffisante de moyens de soutien et l'adoption des attitudes personnelles favorables. Voici la représentation graphique des rapports entre les cinq déterminants :



Le processus

Mots clefs :

Fonctionnement des services
Conditions d'application des lois
Simplifier et assouplir les technicalités
Soutenir et innover

Définition	Constats de la Recherche 2000	Impacts	Solutions	Possibilités d'action
Mode d'organisation et de dispensation des services incluant les aspects techniques et juridiques.	La LPJ et la LJC peuvent constituer des leviers d'action dont les conditions d'application présentent toutefois des contraintes.	<ul style="list-style-type: none">• capacité d'action et de mobilisation• contraintes liées aux règles de droit et procédures légales• contraintes liées aux procédures internes• autonomie de l'intervenant encadrée par des balises cliniques et légales	<p>Projet partagé fondé sur des interdépendances négociables avec l'environnement externe ;</p> <p>Assouplissement des procédures internes ;</p> <p>Modes d'organisation du travail laissant place à l'autonomie et à la délégation.</p>	<p>Adopter et convenir d'un projet de partenariat.</p> <p>Assouplir les processus.</p> <p>Agir sur le climat de travail, l'efficacité organisationnelle et la satisfaction au travail.</p>

Actions relatives au volet processus

Élaborer un projet partagé basé sur :

- objectifs communs ;
- approche choisie.

Négocier les interdépendances avec l'environnement externe :

- protocole, entente-cadre ;
- projets de concertation.

Assouplir les procédures internes :

- formulaires et instrumentation adaptés ;
- soutien et marge de décision.

Favoriser l'autonomie des intervenants :

- fonctionnement en équipes qui reconnaît l'expérience et les contributions de chacun
- circulation de l'information
- encouragement à l'innovation

Les styles de gestion

Mots clefs :
S'adapter aux besoins de la clientèle
Mobiliser
Innovier
Guider et soutenir

Définition	Constats de la Recherche 2000	Impacts	Solutions	Possibilités d'action
Mode de fonctionnement qui oriente les processus et la mobilisation des ressources autour de la mission.	Le mode traditionnel de gestion des établissements est encore un frein pour la création d'environnements de travail recherchés et plus productifs compte tenu de la nécessité grandissante d'adaptation continue.	<ul style="list-style-type: none">• démobilisation du personnel,• perception négative de l'efficacité organisationnelle et insatisfaction au travail,• les plus motivés quittent l'organisation.	Développer des styles de gestion qui permettent : L'adaptation des services à l'évolution des besoins ; L'amélioration continue de la qualité ; La contribution et la reconnaissance des employés.	Guider et soutenir les efforts pour mieux répondre aux besoins de la clientèle.

Actions relatives au volet styles de gestion

Réflexion du comité de direction et du conseil d'administration sur la situation actuelle et la situation souhaitée.	Mobiliser le personnel. Reconnaître et encourager les contributions de chacun. Valoriser les résultats. Monitorer la satisfaction au travail et adapter l'organisation aux aspirations du personnel.	Augmenter l'efficacité organisationnelle. Tenir compte des contraintes liées aux enjeux organisationnels dont l'environnement légal pour les centres jeunesse et la complexité des mandats et des structures pour les CLSC.
--	---	--

Attitudes personnelles et organisationnelles

Mots clefs :

Expérience, valeurs, perceptions

Remodeler les pratiques

Définition	Constats de la Recherche 2000	Impacts	Solutions	Possibilités d'action
Ensemble des réactions naturelles que le personnel adopte en contexte de travail.	25 à 35 % du personnel adopte des attitudes réactives ou passives face au partenaire.	<ul style="list-style-type: none">• démobilisation du personnel,• perception négative de l'efficacité organisationnelle et insatisfaction au travail,• les plus motivés quittent l'organisation.	Être attentif à ses attitudes et à celles des intervenants, aux préjugés véhiculés et les modifier au besoin.	Reconnaître et soutenir les initiatives Assurer un leadership dans le développement du partenariat

Actions relatives au volet attitudes personnelles et organisationnelles

Questionner ce qui relève des préjugés et des attitudes négatives :

Les identifier

Intervenir en vue de les modifier

Renforcer les attitudes positives

Assurer un leadership

Être à l'écoute des problèmes rencontrés et les solutionner

Reconnaître les contributions

Tenir compte de cette dimension dans le suivi de l'implantation de l'entente-cadre

Les moyens de soutien

Mots clefs :

Information, formation

Outils

Soutien clinique et administratif

Définition	Constats de la Recherche 2000	Impacts	Solutions	Possibilités d'action
La modification des pratiques repose sur les moyens de soutien clairement identifiés que sont l'information, la formation et les mécanismes d'encadrement	<p>L'information sur l'entente-cadre a rejoint à peine la moitié des répondants à l'enquête</p> <p>35 % des répondants disent avoir eu une formation conjointe</p> <p>50 % ont un comité conjoint supportant l'entente-cadre</p> <p>12 % disent avoir des outils communs</p>	L'absence ou le peu de moyens de soutien ralentit les progrès	<p>Développer des moyens continus de soutien de l'entente</p> <p>Se donner des objectifs réalistes</p>	<p>Se fixer localement et régionalement, des objectifs et des échéanciers réalistes en ce qui a trait à :</p> <p>L'information</p> <p>La formation</p> <p>L'utilisation d'outils communs</p> <p>Le suivi d'implantation</p>

Actions relatives au volet moyens de soutien

L'information et la formation	Connaitre les outils utilisés	Le suivi d'implantation
Appropriation de l'entente-cadre par les intervenants	Se donner des outils communs	Évaluer et planifier les différentes étapes d'implantation
Formations conjointes sur des thématiques cliniques (négligence, pauvreté . . .) ou de partenariat (lois, PSI . . .)	Harmoniser les outils d'évaluation lorsque pertinent	

Les ressources

Mots clefs :

Dépend de l'environnement externe

Documenter rigoureusement les besoins et les impacts de la non réponse sur les clients

Mobiliser

Définition	Constats de la Recherche 2000	Impacts	Solutions	Possibilités d'action
Ressources humaines et financières	Ressources insuffisantes en centres jeunesse en CLSC	<ul style="list-style-type: none">• listes d'attente ;• trous dans la gamme de services ;• délais qui entraînent des conséquences pour les clients ;• charge de travail accrue ;• manque d'encadrement, de soutien clinique et professionnel.	Stratégie d'influence auprès des décideurs politiques par l'intermédiaire de : a) fonctionnaires des divers paliers a) opinion publique	Documenter les besoins non satisfaits et leurs impacts. Faire valoir l'investissement requis en terme de capital social. Informer et mobiliser les comités d'utilisateurs. Exercer des pressions sur les élus locaux.

Actions relatives au volet ressources

Choisir, en concertation, les cibles (listes d'attente, trous dans la gamme de services, délais de service, charge de travail accrue, manque d'encadrement, de soutien clinique et professionnel).

Ex : trous dans la gamme de services ayant des impacts sur les listes d'attente et la charge de travail dans les situations de crise adolescente.

Documenter l'impact sur les usagers, les ressources requises et les gains escomptés.

Identifier les personnes clés à sensibiliser (usagers et fonctionnaires) en vue de la stratégie d'influence.

3.

Modèle d'évolution du partenariat

Modèle d'évolution du partenariat

LE PARTENARIAT ÉVOLUE DANS LE TEMPS ET PASSE PAR LA TRANSFORMATION DES RELATIONS

<p>Niveau 3 Relations dynamiques continues</p>	<p>Les relations dynamiques continues s'appuient sur des intervenants en action, préoccupés des résultats pour les clients et possédant une vision élargie.</p>			
<p>Niveau 2 Relations fonctionnelles</p>	<p>Les relations fonctionnelles s'appuient sur des relations personnalisées, avec cibles prioritaires et moyens de collaboration concrets.</p>			
<p>Niveau 1 Relations épisodiques</p>	<p>L'information et la communication peuvent permettre de se connaître, de clarifier les rôles et de créer l'ouverture nécessaire à l'élaboration d'un projet de collaboration commun et partagé.</p>			
<p>Niveau</p>	<p>Temps</p>	<p>Temps 1 Clarification des rôles et connaissances des personnes.</p>	<p>Temps 2 Des cibles prioritaires bien identifiés. Des moyens de collaboration concrets.</p>	<p>Temps 3 Travailler en continuum>>>>>. Appui mutuel, collaboration dans le respect des expertises, réalisation d'actions concrètes, ajustements continus.</p>

1) L'ÉVOLUTION DANS LE TEMPS

Point de départ

*Constat d'où l'on part
Desir de collaborer*

Temps 1

*On passe à l'action
Reconnaissance de chacun et besoin
de collaboration*

Temps 2

*Cibles prioritaires claires
Moyens concrets*

Temps 3

*Cibles de mieux en mieux définies
Les bénéfiques pour la clientèle
Clarifications supplémentaires*

Dans notre région, nous sommes conscients :

- Des points marquants de notre histoire.
- De nos préjugés, des aspects qui nous irritent.
- De ce que nous reconnaissons d'expertise à notre partenaire.

Dans notre région, les rôles respectifs sont clarifiés et connus de tous :

- Qui fait quoi.
- Mission du CLSC et mission du CJ.
- Zone où nous devons agir conjointement lorsque nécessaire à la situation.

Dans notre région, nous connaissons personnellement :

- Nos vis-à-vis intervenants et gestionnaires.

Dans notre région, nous avons établi des cibles de collaboration et mis en place des moyens concrets de collaboration :

- Identification de cibles prioritaires.
- Moyens concrets d'action. (Outils, formation, temps de mise en commun et de collaboration).

Dans notre région, nous avons expérimenté et ajusté des moyens concrets de collaboration, nous continuons à approfondir les besoins et à s'articuler au quotidien pour le profit des clients :

- Bilan des collaborations et ajustements.
- Identification d'autres cibles.
- Moyens concrets d'action.
- Clarifications supplémentaires.

2) LES TYPES DE RELATION QUI INDIQUENT DES NIVEAUX PROGRESSIFS DE COLLABORATION

L'état des relations passe par différents niveaux qui possèdent chacun leurs caractéristiques.

Niveau	Caractéristiques
Absence de relation	<ul style="list-style-type: none">• Absence de relations : On ne se parle pas soit par manque de besoin, soit parce qu'on porte une charge d'incompréhension et d'irritants vis-à-vis de l'autre.• On vit chacun pour soi dans l'ignorance de l'autre.
Niveau 1 Relations épisodiques	<ul style="list-style-type: none">• Faible connaissance de ce que fait l'autre.• Présence de préjugés véhiculés dans l'action.• Références occasionnelles sans suivi, etc.
Niveau 2 Relations fonctionnelles	<ul style="list-style-type: none">• Relations fonctionnelles basées sur des rôles respectifs clairs et connus de tous.• Connaissance de la réalité de l'autre, ressources, programmes, etc.• Relations articulées autour d'un projet de collaboration (cibles prioritaires, implication des intervenants, etc.).• Relations qui permettent les références personnalisées ; les gens échangent à l'aide de mécanismes de liaison simples, souples et efficaces.
Niveau 3 Relations dynamiques	<ul style="list-style-type: none">• Relations personnalisées articulées dans l'action concrète à tous les plans.• Vision commune élargie tenant compte des expertises de chacun.• Coordination dans l'action (références personnalisées, discussion de cas, cointervention, PSI quand nécessaire, programmation intégrée, etc.).• Ajustements continuels, dans le respect des mandats, au profit des clients.

OÙ EN SOMMES-NOUS DANS NOTRE RÉGION ?

A l'échelle du temps.

A l'échelle du type de relations.

4.

***Les réseaux intégrés de service :
revue de littérature***

Les réseaux intégrés de services : fondements, définitions et modes d'organisation

Claude Larivière, Université de Montréal

INTRODUCTION

Indéniablement, depuis une vingtaine d'années, le souci de mieux utiliser les ressources professionnelles et organisationnelles a progressé, autant dans le discours public que dans le champ de l'expérimentation des pratiques elles-mêmes et de la recherche évaluative.

Bien entendu, ces apports sont forcément inégaux. Ils ont été réalisés dans des contextes culturels spécifiques et incarnés localement en fonction de leaderships personnalisés et d'une combinaison particulière de besoins et de ressources.

Nous avons constaté que la popularité croissante du concept de réseaux intégrés de services s'accompagne souvent d'une méconnaissance de ses fondements, d'une absence de définition partagée et d'une tendance à confondre caractéristiques et finalités, ainsi que d'une ignorance des conditions essentielles pour qu'un tel choix soit utile socialement afin d'améliorer la dispensation de services à la population.

Bien que le discours associé à la transformation actuelle du réseau des établissements publics de santé et de services sociaux valorise une réponse adaptée aux besoins évalués, offerte en temps opportun et de qualité, à l'intérieur d'un véritable continuum de services intégrés, les conditions objectives, et peut-être subjectives, ne semblent pas toujours réunies pour que cela se réalise.

En préparant ce texte, nous avons d'abord voulu répondre à un net besoin de clarification et tenté de faire le point sur le niveau actuel des

connaissances, tout en étant conscient de l'ajout constant de nouvelles recherches et expérimentations qui enrichissent cet héritage collectif. *Conséquemment, nous nous efforcerons d'effectuer des mises à jour régulières de ce texte dont nous diffusons aujourd'hui la première version.*

En même temps, il faut aussi tenir compte de notre rôle véritable d'universitaire à la fois enseignant des meilleures pratiques, chercheur de connaissances constamment mises à jour et critique des réalités observées et de leurs limites. Cette fonction dynamique et exigeante explique pourquoi ce texte ne peut engager que son auteur car en plus de refléter la littérature publique et de relater un certain nombre de constats et d'expériences significatives, il comporte de nombreuses opinions personnelles qui proviennent autant de nos observations que de nos réflexions. Cela dit, cette démarche n'aurait pu être menée sans le soutien de plusieurs partenaires dont nous devons souligner ici la contribution sans qu'ils soient responsables des idées que nous formulons à partir de ces recherches menées dans un cadre plus limité.

► Les partenaires de cette préoccupation

Nous tenons à remercier les deux associations d'établissements (des Centres jeunesse et des CLSC et des CHSLD) dont l'engagement à soutenir cette recherche nous a permis d'approfondir davantage la littérature existante et d'enrichir ce que nous avons déjà réuni dans le cadre de démarches antérieures. Celles-ci sont certes nombreuses, mais les suivantes méritent tout de même d'être mentionnées ici car nous y avons puisé des apports considérables.

-
- *accompagnement de pratiques concertées* : ressources aux personnes âgées en perte d'autonomie de l'Instance territoriale Grande-Rivière/Hull, les tables de concertation locales en santé mentale des Basses-Laurentides, le Centre du Florès en vue de constituer un réseau de ressources de crise en santé mentale dans les Basses-Laurentides. Nous avons aussi contribué à former plusieurs centaines d'intervenants et de gestionnaires au travail d'équipe en interdisciplinarité et en concertation, notamment avec notre collègue Christian Ricard. Nous avons beaucoup appris de ces terrains successifs.
 - *recherches menées en partenariat* : sur l'intersectorialité avec le soutien du Comité de la santé mentale du Québec, les relations entre le CLSC Ahuntsic et ses partenaires avec le financement de la Régie régionale Montréal-Centre, la concertation entre les Centres jeunesse de Montréal et leurs partenaires, le Fonds d'adaptation de la santé de Santé Canada, l'implantation du guichet unique en maintien à domicile dans les CLSC, le Fonds d'adaptation de la santé de Santé Canada et la santé publique de la Régie régionale de la santé de la Montérégie. Ces fonds publics nous ont permis d'approfondir notre connaissance des mécanismes qui contribuent à faire la différence entre des réussites et des échecs en matière de relations interorganisationnelles.

PRÉSENTATION DU CONTENU

Ce document aborde successivement les quatre parties suivantes :

- Les ***fondements*** qui expliquent le choix par des autorités politiques et des structures publiques de coordination des services sociosanitaires à la population, de privilégier un plus haut niveau de coordination de la réponse offerte pour répondre aux besoins. Cette partie du document nécessite le rappel d'un certain nombre d'éléments reliés à la gestion des services publics, de difficultés propres à leur fonctionnement et d'efforts pour les améliorer.
- Les ***définitions*** abordent un certain nombre de mots et de concepts qui doivent absolument être clarifiés et compris pour que les décisions que nous prenons soient éclairées et que les partenaires concernés sachent qu'ils parlent un langage commun. Lorsque des nuances et des divergences existent, nous essayons de les présenter et de les expliquer le mieux possible.
- Les ***modes d'organisation*** rappellent les dimensions essentielles à la mise en application des concepts selon les contextes spécifiques des clientèles et de la nature des services à leur rendre. Comme la complexité propre à chaque expérimentation risque de nous éloigner de la finalité même de ce texte, qui est d'introduire les grandes lignes des réseaux intégrés de services, nous éviterons d'y présenter des études de cas, ce que nous ferons éventuellement dans une prochaine version de ce texte.
- ***L'analyse des enjeux*** nous permet de revenir sur un certain nombre de facteurs qui nous apparaissent particulièrement importants quels que soient les contextes où l'on tente d'implanter des pratiques concertées entre des partenaires, qu'ils soient institutionnels, professionnels ou communautaires.

Par la suite, la ***bibliographie*** permettra aux personnes intéressées d'approfondir la littérature pertinente.

Comme il s'agit d'une première version que nous comptons étoffer au cours des prochains mois, nous apprécierons vos commentaires car nous sommes convaincus qu'en dépit de nos efforts, des documents intéressants nous auront échappé. Vous pouvez nous joindre par courriel : claudelariviere@umontreal.ca

LES PERSPECTIVES

Lorsque nous jetons un regard sur les efforts des organisations, tant publiques que communautaires, et de la majorité des régies régionales, nous observons de réels efforts de planification et de décentralisation des services sur une base territoriale en vue de rapprocher les interventions du lieu de vie de la clientèle (notamment par le développement d'approches de milieu), de tentatives pour une meilleure ou une plus grande intégration des services (réalisées par des tables de concertation, par exemple) ainsi que l'expérimentation et l'évaluation de projets innovateurs (mentionnons seulement « *Naitre égaux – grandir en santé* »), en plus d'amorces timides d'actions intersectorielles avec les municipalités, le secteur scolaire et les autres partenaires possibles.

La réalité quotidienne demeure toutefois que l'accès réel aux services reste limité pour de nombreux clients parce que ces derniers sont souvent débordés (listes d'attente), parfois même inexistantes hors des grands centres urbains, ou que leurs critères de priorités ne correspondent pas aux besoins spécifiques de ces clients.

La complexité inhérente à la dispensation de services psychosociaux et de santé doit absolument être prise en compte. Hasenfeld (1983), spécialiste de ce type d'organisations et de services, souligne que les études empiriques (comme celles de Meyer, Rowan, 1977) révèlent le fait qu'au-delà de la structure formelle, qui véhicule une image de rationalité et de coordination, ces « éléments structuraux sont seulement reliés de manière souple aux autres structures et aux activités, que les règles sont souvent violées, les décisions non

implantées ou, si elles le sont, elles ont des conséquences incertaines, que les technologies sont d'une efficacité problématique et que les systèmes d'évaluation et d'inspection sont subvertis ou rendus si vagues qu'ils ne produisent que peu de coordination » (Meyer, Rowan, 1977 : 343). Bref, comme nous le constatons probablement au quotidien dans notre travail, malgré des efforts très méritoires d'adaptation, d'individus, d'équipes à l'écoute des besoins de leurs clients et d'organisations soucieuses de faire de leur mieux, des personnes souffrent de la coordination limitée ou même absente entre les organisations de services socio-sanitaires.

Ce problème assez fondamental peut s'expliquer, nous dit Hasenfeld (1983) parce que les unités qui donnent les services à la population ont tendance à préserver une autonomie considérable et à développer leur propre identité, ce qui expliquerait pourquoi les services offerts ne répondraient qu'imparfaitement aux attentes des dirigeants de ces organisations, des bailleurs de fonds et des clients eux-mêmes.

Les gestionnaires responsables de ces équipes doivent alors « négocier avec de vagues et multiples objectifs et politiques organisationnels, une demande de services qui dépasse les ressources disponibles et un copieux travail de paperasse. De plus, ils ressentent un besoin de confirmer leurs propres idéologies personnelles et professionnelles » (Hasenfeld, 1983 : 158). Comme nous le constatons, l'intégration des efforts des équipiers et des services, tant à l'interne qu'à l'externe, demeure une préoccupation tout à fait périphérique.

Cet environnement incertain produit conséquemment un système fragmenté de services à la clientèle en raison de la complexité des demandes, conformément au modèle de la théorie de la contingence (Katz, Rosenzweig, 1973). Pour notre part, nous croyons que, contrairement aux services de santé qui évoluent dans une logique de marché (par exemple, en première ligne, il y a une concurrence directe de l'offre des cliniques privées, des CLSC et des urgences hospitalières), les services sociaux et les organismes communautaires sont soumis à

un système de relations de type politique (Parsons, Jorgensen, Hernandez, 1994), ne pouvant offrir que des prestations limitées de services et devant constamment négocier avec d'autres ressources l'obtention de services complémentaires pour répondre aux besoins de leurs clients qu'ils ne peuvent eux-mêmes satisfaire. D'où l'importance pour les services sociaux et communautaires de dépasser leurs frontières organisationnelles et de travailler en concertation et en intersectorialité.

Bien entendu, la volonté politique de contrôler les coûts publics reliés au système de santé pourrait théoriquement obliger ce secteur à adopter de semblables habitudes de fonctionnement organisationnel, mais les médecins qui bénéficient du double rôle de professionnels et d'entrepreneurs privés limitent les possibilités d'harmonisation des fonctionnements organisationnels s'ils n'y trouvent pas non plus leur profit.

Dans le cas des organismes communautaires, compte tenu de leur volonté maintes fois affirmée de maintenir leur autonomie, la concertation constitue une valeur naturellement partagée, mais les arrimages avec d'autres cultures organisationnelles (celles du réseau public, du milieu de l'éducation, de la police, etc.) seront beaucoup plus ardues et devront sans doute prendre la forme de systèmes souples de collaboration plutôt que d'intégration des services.

Curieusement, lorsque nous abordons cette passionnante question des relations interorganisationnelles du travail en collaboration, et des moyens d'assurer la complémentarité des services donnés par plusieurs organisations à une clientèle commune, nous découvrons qu'il s'agit d'un domaine dans lequel il y a eu beaucoup d'écrits et d'expérimentations, tant au Québec qu'ailleurs, mais pour lequel il y a très peu d'efforts de synthèse des connaissances. Nous espérons que notre effort, aussi modeste soit-il, y contribuera.

INTRODUCTION

Nous aurions pu aborder directement la présentation des définitions des différents mots et concepts qui caractérisent les formes d'actions concertées entre partenaires organisationnels. Mais notre expérience de travail avec des praticiens et des décideurs nous enseigne qu'il est important de commencer par situer le contexte qui explique le développement de ce courant pour leur permettre de mieux comprendre d'où cela provient et à quel type de besoins ce type de pratiques renouvelées vise à répondre.

Cette partie consacrée aux fondements répondra conséquemment à trois objectifs précis :

- rappeler les racines tant épistémologiques que philosophiques des principaux concepts ;
- relier ces éléments aux difficultés propres à la gestion des services publics et aux efforts pour les améliorer ;
- expliquer le choix, par des autorités politiques et des structures publiques de coordination des services sociosanitaires à la population, de privilégier un plus haut niveau de coordination de la réponse offerte pour répondre aux besoins.

LES ORIGINES DES PRÉOCCUPATIONS POUR L'ACTION CONCERTÉE

Si le souci de mieux utiliser les ressources professionnelles et organisationnelles a progressé au cours des vingt dernières années, tant dans le discours public que dans le champ de l'expérimentation des pratiques elles-mêmes et de la recherche évaluative, il ne s'agit pas

pour autant d'un phénomène tout à fait nouveau. Sans vouloir tracer un portrait exhaustif des fondements historiques de ces préoccupations, il est nécessaire que nous en rappelions brièvement quelques éléments typiques.

● **La planification sociale et le développement communautaire**

Si le service social est classiquement identifié à l'aide du cas par cas (*casework*), ses fondements, beaucoup plus larges, s'inscrivent dans une perspective qui englobe une vision des problèmes d'un milieu et qui inspire des interventions qui nécessitent la mobilisation de ses ressources. Ce courant a conduit, par exemple, à la mise sur pied de structures territoriales de coordination des efforts d'aide humanitaire lors de la crise de 1929-1937, suivies de projets de développement communautaire et d'efforts de planification sociale.

● **Le soutien à l'expérimentation aux États-Unis dans les années 70**

Les gouvernements n'ont pas un rôle négligeable. Ils contribuent dans les sociétés démocratiques à soutenir les citoyens démunis et financent l'ensemble des dépenses des organismes publics offrant des services sociosanitaires. Ils ont aussi traditionnellement la responsabilité de se préoccuper du meilleur usage de ces fonds publics et des moyens utilisés pour dispenser ces services.

Il ne faut donc pas s'étonner que le soutien à l'expérimentation et à l'innovation constitue des initiatives dans plusieurs pays. La présence de duplication dans le travail effectué, l'absence de services pour certaines clientèles ou l'existence de services nettement insatisfaisants, la

croissance rapide de certaines clientèles (personnes âgées en perte d'autonomie, handicapées suite à un conflit armé, multitoxicomanes, etc.), l'apparition ou la reconnaissance sociale accrue de nouvelles clientèles avec des besoins particuliers (VIH/sida, violence conjugale, joueurs compulsifs, violence en milieu scolaire, etc.), représentent autant de défis à relever.

Bien entendu, derrière chacun de ces aspects, deux d'entre eux se profilent et sont particulièrement importants : les méthodes d'intervention utilisées sont-elles adéquates pour répondre à ces nouveaux enjeux sociosanitaires ? Comment éviter que le gaspillage de ressources se traduise par une plus forte croissance du coût de ces interventions ?

Aux États-Unis, dans les années 70, des efforts significatifs furent entrepris pour soutenir des projets favorisant une meilleure coordination des services dispensés par des agences gouvernementales et communautaires auprès de différentes clientèles. Cette recherche expérimentale constitue le premier grand effort pour améliorer nos connaissances concernant les relations interorganisationnelles dans le champ sociosanitaire. « Une revue de la littérature sur des systèmes de coordination des services [pour les personnes âgées en perte d'autonomie] aux États-Unis indique que ces systèmes ont prioritairement été instaurés pour l'accès aux ressources d'aide à domicile ou aux ressources intermédiaires. Quelques projets coordonnent aussi l'accès aux ressources d'hébergement. » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991 : 76)

● **L'évolution du discours au Québec : de la planification à la concertation vers les réseaux intégrés**

Au Québec, la réflexion autour de ces enjeux s'accroît progressivement au fil des ans ; elle est notamment jalonnée par les trois commissions d'enquête qui ont marqué l'histoire des trente dernières années : Castonguay-Nepveu aborde le thème de la concertation, mais se soucie essentiellement de la mise en place de structures de services et de planification régionale. Dans les faits, la perspective dominante a évolué durant chacune des trois dernières décennies et il s'avère intéressant de survoler cette évolution révélatrice des préoccupations gouvernementales.

▮ **La vision des années 60 et 70**

Lorsque l'appareil d'État québécois prend tardivement forme, durant les années 60, les premiers hauts fonctionnaires se sont inspirés, évidemment, des pratiques liées à la modernisation de l'appareil gouvernemental européen et, notamment, français où la planification quinquennale vient d'en haut et vise avant tout le développement harmonieux de l'économie. Le Québec possédait également son expérience de planification dans la perspective du développement économique régional, grâce au Bureau d'aménagement de l'Est du Québec (financé par des fonds fédéraux) et s'était donné un Office de planification et de développement économique (OPDQ). Si ces efforts peuvent occasionnellement favoriser la coordination accrue des ressources et leur collaboration, nous sommes loin de la concertation structurée.

▮ **L'apport des années 80**

« Lors des travaux préparatoires à la mise en place des mécanismes régionaux au début des années 80, on prévoyait un système plus intégré, coordonnant l'ensemble des options possibles et permettant d'offrir la bonne ressource à la bonne personne au bon moment. Pour

diverses raisons [...], ce système est demeuré inachevé et s'est développé surtout pour la coordination en ressources institutionnelles [notamment pour l'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie]. » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1991 : 76)

Rochon soulignera également le besoin de concertation entre les institutions et avec le secteur communautaire, mais consacrera davantage d'efforts à diagnostiquer les problèmes de fonctionnement interne, notamment au niveau de la gestion des ressources humaines et des relations de travail.

Dans un dossier thématique réalisé pour la Commission Rochon, Bélanger (1987) souligne le caractère récent du concept de concertation qui est alors utilisé depuis au plus une dizaine d'années. Selon lui, « la création des CRSSS [conseils régionaux de la santé et des services sociaux] a aussi largement accéléré le mouvement vers la concertation. Les nombreuses commissions administratives régionales [CAR] ont en effet permis aux représentants d'un grand nombre d'établissements de se rencontrer autour de problèmes ou d'actions communes » (1987 : 2) Selon cet auteur, le réseau devenant plus complexe, empêchait en quelque sorte une gestion centralisée, forçant les établissements à trouver des solutions locales et régionales. À cela s'ajoutaient la force même d'une concertation fondée sur le choix conscient d'adhérer volontairement à un modèle de concertation avec ses principaux partenaires et le fait que le processus permettait l'adaptation de la réponse aux réalités du milieu. Évidemment, la faiblesse d'une telle approche est qu'elle laisse chacun libre d'adhérer ou pas. Au plan local, la concertation se traduit en tables de partenaires alors qu'au plan régional, les commissions administratives régionales incarneront le processus, même leur composition et leurs règles de fonctionnement varieront considérablement d'une région à l'autre, ouvrant la porte à beaucoup de négociations entre les acteurs.

Bélanger a recensé 79 CAR (en 1983-1984) dans les 11 CRSSS du Québec pour une moyenne de 7 CAR par CRSSS, mais avec une

variation de 1 à 12, sans tenir compte ici des comités et des tables de concertation à caractère régional (1987 : 39). Il souligne que les tables régionales de concertation craignent d'être transformées en simples instruments de mise en œuvre des orientations des CRSSS qui, pour leur part, se montrent réticents à déléguer davantage de pouvoir (et de budgets) à ces tables. Pour leur part, les départements de santé communautaire (DSC) ont mis en place des structures parallèles de consultation, notamment avec la participation des CLSC.

L'implication dans le processus régional de concertation interétablissements varie enfin selon la taille des organisations car les gros centres hospitaliers universitaires ou spécialisés préfèrent généralement utiliser leurs contacts directs au Ministère plutôt que se soumettre à l'arbitrage de collègues moins puissants, mais regroupés, et voient les efforts de planification des CRSSS comme des menaces à leur autonomie (Bélanger, 1987 : 49).

► La réforme des années 90

En cherchant à mettre le citoyen au centre de la gamme de services qui existent théoriquement pour répondre à ses besoins, la réforme Côté ne pouvait faire fi des problèmes sérieux liés à la coordination des ressources et constater que cette volonté de liaison des efforts ne pouvait se limiter aux seules ressources du réseau de la santé et des services sociaux, alors que les ressources communautaires, l'éducation, la sécurité du revenu, la justice, les municipalités sont tout autant des partenaires potentiels qui interviennent fréquemment dans la vie quotidienne des citoyens.

Dans ce contexte, l'action intersectorielle fut reconnue comme une dimension essentielle de l'intervention, et la Loi sur les services de santé et les services sociaux, dans sa version renouvelée de 1991, propose à l'article 2 : 2 de « favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activités de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être ». La politique de santé et de

bien-être, formulée en 1992, consacre ces liens et souligne aussi que le réseau des établissements de services n'est plus le seul responsable de l'état de santé et de bien-être de la population et qu'il faut conséquemment mobiliser toute une gamme d'acteurs sociaux pour arriver à l'améliorer, y compris les citoyens eux-mêmes.

Les efforts de coordination du début des années 90 se traduiront dans les plans régionaux d'organisation des services [PROS]. Cette étape impliquant plus formellement des représentants des organismes communautaires conduira à l'émergence d'un discours fortement critique de la part de ceux qui observeront et analyseront les démarches tripartites (établissements publics, organismes communautaires et représentants des usagers).

Lamoureux (1994) traduit bien le point de vue des tenants de l'approche communautaire pour qui le partenariat souhaité ne doit surtout pas conduire à une « complémentarité [de type] *cheap labor*, féminin surtout, la complémentarité/subsidiarité, la complémentarité/perversion des pratiques communautaires, la complémentarité/déversoir des pratiques institutionnelles, la complémentarité/accaparement gratuit des savoirs populaires [...]. Un réel partenariat ne peut s'ériger que sur la reconnaissance des acquis et l'expertise du communautaire sur les plans financier et social, sur un large soutien social permettant aux initiatives autonomes de vivre et de poursuivre de façon indépendante leurs explorations et innovations et, enfin, sur une connaissance et une reconnaissance des missions, des identités, des organisations et des fonctionnements spécifiques de cette sphère de l'action sociale. Nous ne sommes pas du réseau public, mais nous voulons être reconnus-es formellement d'intérêt public comme partenaires autonomes et non comme réseau de services résiduels (1994 : 66).

Le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM) pousse cette critique plus loin dans un mémoire déposé à la Régie régionale de Montréal-Centre, en 1995, à propos du

rôle du réseau communautaire dans la réorganisation des services : « Étant le résultat de l'initiative des citoyennes et des citoyens, les groupes [communautaires] n'ont pas à être complémentaires au réseau [des établissements publics], mais le réseau devrait se situer en complémentarité aux initiatives des populations. Les citoyennes et citoyens ne devraient pas avoir à s'ajuster constamment à un réseau mais c'est le contraire qui devrait se produire. En ce sens, nous ne sommes pas complémentaires et nous ne voulons pas l'être. Nous avons tout simplement une place particulière différente » (RIOCM, 1995 : 12). Le Regroupement affirme également le refus d'être enrôlé dans les PROS¹.

¹ Il faut reconnaître que l'expérience de nombreux groupes communautaires impliqués dans la préparation d'un plan régional d'organisation des services (PROS) en santé mentale s'avéra particulièrement frustrante et négative comme le rapporte le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale. Les organismes communautaires vécurent leur implication au sein des comités tripartites comme un processus frustrant, avec un échéancier (un véritable « sprint ») imposé par les CRSSS (rythme infernal, nombre d'heures incalculables), documentation envahissante souvent déposée dans de trop courts délais, vocabulaire peu accessible (langage du réseau public), non-rémunération des participants, double tâche pour les représentants, tensions dans les conseils d'administration ou les équipes causées par 20 mois d'investissement sans amélioration de la situation financière du groupe communautaire, imposition du huis clos sur les travaux et interdiction de sortir des documents, manque de pédagogie participative, absence des citoyens-nes créant une contradiction par rapport aux valeurs des groupes, domination de la culture « réseau » dans le fonctionnement du comité, problème de la représentation individuelle heurtant le fonctionnement démocratique des groupes, peu de temps à l'approvisionnement réciproque, absence de débats de fond, un quatrième tiers (le CRSSS) tout-puissant, quasi-absence des représentants des usagers (1991 : 27-30).

► Les recommandations de la Commission Clair

La Commission Clair a abordé à plusieurs reprises le manque de coordination entre les interventions des différents partenaires et proposé différentes modalités de fonctionnement (réseaux intégrés, gestionnaires de cas, guichet unique, agents de liaison, etc.) pour atténuer ou corriger ces difficultés. Rappelons que son mandat était d'abord centré sur la gestion des services de santé qui constituent certainement le plus gros enjeu en raison des coûts et de la réaction angoissée que les tensions entre les besoins et les ressources provoquent toujours dans ce secteur.

Le diagnostic posé par la Commission est simple : le citoyen « déplore de faire les frais de la fragmentation et de la confusion du système de santé. Il ne comprend pas qu'il doive faire lui-même le lien entre les divers professionnels qui s'occupent de son cas » (Clair, 2000 : 24). C'est que « notre organisation de services en termes de modalités d'organisation du travail, d'allocation budgétaire et d'administration, reflète la réalité des années 70 [...], on valorise trop la pratique professionnelle individuelle, l'autonomie juridique et budgétaire de chaque établissement, le fonctionnement en « silos » qui fait en sorte que chaque service, département ou établissement peut fonctionner indépendamment des autres » (2000 : 25). Or, la réalité c'est qu'aucun « établissement ne fait tout. Il faut donc savoir qui fait quoi et comment avoir accès aux services : établissements, cabinets de professionnels, organismes communautaires. De plus, les pratiques professionnelles, qu'elles soient médicales ou sociales, nécessitent un travail interdisciplinaire, une communication et l'échange d'information. » (2000 : 25-26)

En réaction à ces problèmes persistants, la Commission propose une série de principes directeurs dont certains sont directement ou indirectement en lien avec la coordination accrue des services : « 3) Une nouvelle dynamique de gestion centrée sur les résultats à atteindre plutôt que sur la protection des « silos » professionnels, institutionnels,

budgétaires ou syndicaux : La flexibilité et la souplesse dans le partage des responsabilités professionnelles et des tâches de même que dans l'organisation du travail ; l'utilisation d'incitations, d'ententes contractuelles, plutôt que de directives et de règlements. 5)

L'importance des services intégrés de 1^{re} ligne médicale et sociale comme assise du système de santé : [...] La valorisation de la prise en charge clinique et de la gestion de la continuité des services. Des liens fonctionnels avec la 2^e et la 3^e lignes. 8) Une complémentarité et des « corridors » de services entre les établissements locaux et les établissements régionaux et nationaux : la décentralisation des services de base et la centralisation des services surspécialisés et des technologies de pointe ; des contrats de services entre les établissements, avec obligations mutuelles ; la fluidité dans la circulation des patients, des professionnels et de l'information. » (2000 : 30-32)

Au niveau des solutions, la Commission Clair propose que les CLSC disposent de moyens technologiques permettant désormais des transferts personnalisés et se dotent d'un mécanisme d'arrimage avec les cliniques médicales de leur territoire afin d'assurer une approche globale des besoins des clientèles, leur confie la responsabilité « de gérer la continuité des services rendus aux clientèles vulnérables et aux personnes en difficulté » (2000 : 49) de leur territoire, par l'intermédiaire d'intervenants pivots qui assureraient un monitoring des services rendus. De plus, les CLSC seraient responsables de coordonner les ressources de leur communauté et devraient « établir des ententes de services avec les établissements du réseau et les organisations intersectorielles de services comme les commissions scolaires, les centres de la petite enfance, les services municipaux et les organismes communautaires. » (2000 : 50)

En ce qui concerne plus spécifiquement les services à la jeunesse, la Commission recommande de confier à une seule personne, dont la compétence clinique serait reconnue, la tâche de coordonner les services de santé, les services psychosociaux et les interventions intersectorielles pour cette clientèle.

Par ailleurs, pour trois types de clientèles, les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes avec des problèmes majeurs de santé mentale et les personnes avec des maladies complexes, souvent de nature chronique, la Commission recommande la création de réseaux intégrés de services. À partir de l'exemple des services aux personnes âgées, il est proposé que « l'équipe oeuvrant dans ces réseaux assume la responsabilité clinique et la gestion de la continuité des services, peu importe le lieu de prestation. La gestion de cas par un gestionnaire de cas ou un intervenant pivot constitue un outil essentiel pour coordonner et intégrer les services. » (2000 : 68)

► **Les difficultés aux origines des préoccupations pour l'action concertée**

Si nous éprouvons des difficultés à répondre adéquatement aux besoins exprimés par les clientèles, cela s'explique par la structuration de notre mode de dispensation des services.

Nos établissements reposent traditionnellement sur des frontières organisationnelles bien définies par leurs missions respectives. Ces organisations doivent ensuite se structurer en tenant compte des deux grands principes qui guident tout organigramme : la différenciation des tâches qui permet au détenteur de chaque poste de savoir quel est son travail, et la coordination des tâches qui permet d'insérer les contributions individuelles dans un ensemble organisationnel.

Le modèle fonctionnel encadre cette structuration selon les règles de l'art et place chaque ressource dans un service et chaque service sous une direction, le tout chapeauté par la direction générale. Dans ce modèle classique, lorsqu'un problème surgit avec un collègue d'un autre service, le premier devoir d'un bon employé est de le signaler à son patron qui remonte alors la hiérarchie jusqu'au patron commun qui décidera ce qui doit être fait ; la bonne solution sera communiquée aux subordonnés.

Les attributs d'une conception dite moderne du fonctionnement organisationnel, soit la spécialisation des pratiques, le contrôle formel par la hiérarchie des espaces de décisions, la compartimentation des missions, ne sont guère compatibles avec l'évolution des besoins des clients dans les services socio-sanitaires.

Tout au long des années 60 et 70, des voix se sont élevées pour dénoncer ce manque de vision globale de la personne cliente et pour proposer des solutions systémiques et postmodernes. Des concepts comme l'approche holistique, l'humanisation des soins, les continuums de soins et de services, l'implantation d'équipes multidisciplinaires de travail à fonctionnement interdisciplinaire, sont autant de réponses formulées par ceux et celles qui se sont rendu compte qu'on ne pouvait plus continuer avec une approche fonctionnelle ni assurer des services de qualité et continus répondant à l'ensemble des besoins et des efficaces.

La cause sous-jacente à cette vaste remise en question est le passage d'une conception moderniste et structurante à une conception postmoderniste et souple des pratiques professionnelles et des structures organisationnelles qui les encadrent. Cela signifie qu'à tous les niveaux, la meilleure utilisation possible des ressources humaines des organisations passe par leur ouverture et leur complémentarité. Pour cela, il faut que les relations interpersonnelles, interprofessionnelles et interorganisationnelles le soient aussi. L'idée de base est que l'ensemble des ressources mises à la disposition d'une clientèle par l'État et le milieu communautaire puissent collaborer pour répondre ensemble, et de façon complémentaire, aux besoins complexes exprimés par une clientèle donnée.

Bien entendu, des facteurs complémentaires poussent en ce sens. Nous en énumérons un certain nombre :

- **l'accès difficile et peu coordonné aux services** : la fragmentation (plusieurs portes d'entrée des services) multiplie le risque qu'une

personne n'ait pas un accès rapide au service approprié et soit obligée de « raconter son histoire » à de multiples intervenants chargés d'évaluer son état et ses besoins. Pour des clientèles fragiles et des aidants naturels épuisés, cette barrière supplémentaire est fort contraignante.

- le **virage ambulatoire**²: ce terme sert de véhicule pour désigner un ensemble de changements technologiques dans l'organisation des soins qui font que les tests diagnostiques peuvent être accélérés, que les chirurgies d'un jour occupent une place de plus en plus importante et qu'une gamme plus étendue de soins peuvent être administrés à domicile ou en clinique externe.

Cela réduit le coût des services, la durée moyenne des séjours hospitaliers, le personnel requis et le nombre moyen de lits nécessaires pour assurer la gamme des services hospitaliers. Ce « virage » s'accompagne d'un transfert significatif de ressources humaines et financières vers les services et soins à domicile, maillon sous-développé de notre réseau sociosanitaire.

- le **déséquilibre entre les ressources disponibles et les besoins exprimés**: contrairement au secteur privé, caractérisé par une offre généralement supérieure à la demande, les secteurs publics et communautaires font face à une demande toujours plus grande que les ressources dont ils disposent. Cela nécessite donc un arbitrage politique entre les différentes priorités et la recherche d'efficience.

Ce déséquilibre continu nous force à faire la meilleure utilisation possible des ressources disponibles et oblige l'État à questionner le fonctionnement des établissements. L'enjeu consiste à les faire passer d'une mission propre à une vision commune du client et de ses besoins et à éviter les répétitions (par exemple, toutes les organisations consacrent des ressources importantes à réévaluer le client référé...). Cela apparaît fondamental dans un contexte où l'on ne peut posséder toutes les expertises requises dans chacune des organisations.

- la **nécessité d'éviter d'aggraver le traumatisme subi par une intervention inappropriée, incomplète, tardive ou mal coordonnée**: les connaissances accrues sur l'impact des interventions rapides et les plus appropriées à la suite d'un traumatisme physique ou psychosocial ont conduit au développement de nouveaux modèles d'interventions, d'approches mieux adaptées et contribué à sensibiliser les cliniciens et les gestionnaires à l'importance de mieux intégrer et de coordonner les interventions offertes aux victimes.

La Régie d'assurance automobile du Québec a soutenu la mise en place d'équipes multidisciplinaires spécialisées dans les traumatismes cérébraux-crâniens (TCC) dans des centres hospitaliers désignés afin de développer une expertise plus grande pour sa clientèle et accélérer le processus de réadaptation.

Dans le traitement d'une problématique comme l'inceste où l'intervention qui suit le dévoilement affecte grandement l'équilibre familial déjà perturbé par l'abus sexuel, les cliniciens doivent éviter que leur intrusion nécessaire dans la dynamique familiale amplifie le traumatisme vécu: « A central issue in the treatment of intrafamilial sexual abuse is the « secondary trauma » experienced by both the victimized child and her family when the wider system of regulatory and treatment agencies present redundant, incongruent, or conflicting perspectives or demands. » (Peck, Sheinberg, Akamatsu, 1995 : 287). D'où l'importance de développer une réponse consistante et coordonnée.

- la **volonté de trouver des réponses originales et mieux adaptées grâce à la synergie de l'apport de multiples partenaires**: une collaboration interorganisationnelle permet l'élargissement de la

² Consulter à ce sujet l'excellent article de J. Stoecke (1995) : « The Citadel Cannot Hold: Technologies Go Outside the Hospital, Patients and Doctors Too », *The Milbank Quarterly*, 73 (1), 3-17.

vision de chaque partenaire impliqué, multiplie les perspectives, favorise l'énoncé et l'émergence d'idées nouvelles, offre un éventail élargi de solutions. Bien entendu, il faudra également que les partenaires fassent preuve de flexibilité, que les tensions inhérentes à un tel processus ne dégénèrent pas en conflit susceptible de paralyser l'initiative des organismes impliqués. La présence de valeurs communes facilitera la compréhension mutuelle et permettra aux participants de respecter et de reconnaître l'apport de chacun.

Inversement, la multiplication des rapports entre les partenaires accroît singulièrement les risques de confusion des rôles, la complexité dans les prises de décision communes, les déficiences inhérentes au réseau de communication entre les partenaires et peut faire ressortir des divergences jusqu'alors inexplorées dans les orientations respectives.

INTRODUCTION

Après avoir expliqué sommairement les fondements des concepts qui sous-tendent les transformations recherchées, il importe maintenant de tenter de définir le plus clairement possible chacun des termes utilisés.

Cette partie, consacrée aux définitions de mots et de concepts, répondra à deux objectifs précis :

- clarifier chacun d'entre eux pour éviter toute confusion et permettre le partage d'un langage commun ;
- distinguer les processus de transformation, les concepts globaux et les modalités opérationnelles.

► Les processus de transformation

Des termes qui font référence à des processus de transformation apparaissent souvent dans les écrits reliés aux relations interorganisationnelles. Ils ne constituent pas l'élément le plus important, mais ils méritent tout de même que nous les précisions en introduction : changement, réingénierie des processus, reconfiguration.

- Le **changement** est une modification significative d'un état, d'une relation ou d'une situation. Le changement comporte un ensemble de caractéristiques : il passe par un processus (quelque chose arrive, se produit), peut comporter des étapes et se manifeste dans le temps (temps 1 : avant ; temps 2 : maintenant), est inattendu ou intentionnel, implique à la fois une perte à assumer (ce qui était) et un gain potentiel (ce qui pourrait se développer) et demande un effort d'adaptation.

Le **changement organisationnel** se produit dans le contexte culturel et social déterminé d'une organisation et affecte les personnes qui y travaillent. Il comporte aussi un ensemble de caractéristiques. Il

- peut être inattendu ou planifié ; un changement inattendu peut nécessiter une réaction organisationnelle d'adaptation qui elle sera planifiée ;
- peut provenir de l'environnement externe, de la direction (orientation stratégique, décision opérationnelle) ou de la ligne de gestion, d'une volonté délibérée d'un ensemble d'acteurs significatifs (intervenants, conseil multidisciplinaire, syndicats, partenaires, comité des usagers) ou d'un incident critique révélateur d'une carence organisationnelle (affaire Beaumont, évasion, bavure policière, détournement de fonds, plainte d'un usager, jugement d'un tribunal, etc.) ;
- affecte une partie minime (micro-changement) ou l'ensemble de l'organisation (macro-changement) ; dans une organisation rigide, un micro-changement peut parfois susciter une réaction tout à fait démesurée ;
- demande, s'il est intentionnel, à être planifié et géré, ce qui comporte habituellement sept éléments-clés : diagnostic préalable, définition du projet et de sa finalité, structuration claire des responsabilités, échéancier réaliste, mécanisme souple de pilotage, agent crédible de changement, moyens appropriés de soutien.

La **réingénierie des processus**. Ce terme provient de la traduction de « reengineering » qui signifie remettre en question les fondements de l'organisation des services et redessiner le système de gestion, les processus utilisés pour desservir la clientèle et les tâches, et mettre l'accent sur leurs résultantes.

Cette approche, développée dans le secteur privé, tend à se répandre dans le secteur public pour repenser les processus technocratiques complexes. Ainsi, la Commission des normes du travail et le Curateur public du Québec ont introduit le guichet unique qui assure le contact personnalisé avec le client et l'imputabilité du fonctionnaire responsable du cheminement du dossier. Dans un contexte différent, suite au « virage ambulatoire » et avant d'implanter un réseau intégré de services aux personnes âgées en perte d'autonomie, les établissements de la sous-région de Châteauguay ont mené une démarche de réingénierie qui leur a permis de réviser chacune de leurs modalités de fonctionnement, les formulaires en usage, etc.

La **reconfiguration du système** : il s'agit ici d'une forme de « réingénierie » du réseau d'établissements en vue d'assurer la continuité des services à la clientèle. Cette transformation touche l'organisation des services par une modification des structures corporatives qui les soutiennent (possibilité de changement de vocation, de regroupement ou de fusions d'établissements). La tendance est à la diminution du nombre d'entités corporatives, comme le gouvernement l'a lui-même amorcé à partir de 1993 avec la réforme de la loi sur les services de santé et les services sociaux.

Cette approche comporte des limites : la fusion des vocations se traduit souvent par la dominance de celle qui requiert le plus de ressources au détriment des vocations moins visibles. De plus, comme les gestionnaires appelés à concrétiser ces transformations sont davantage habilités à gérer le quotidien que le changement, il se produit généralement une cohabitation des cultures antérieures plutôt que le développement d'une nouvelle culture organisationnelle partagée. Cette situation limite singulièrement les économies générées par la transformation, comme on le constate à travers les difficultés d'intégration des missions au sein des Centres jeunesse, par exemple.

LES CONCEPTS GLOBAUX

Les processus de transformation visent l'atteinte de finalités. Celles-ci concernent ici la collaboration interorganisationnelle (qu'elle se traduise par la concertation, le partenariat, un continuum de services ou un réseau intégré de services) et l'intersectorialité.

La **collaboration interorganisationnelle** est l'attitude d'ouverture qui permet de travailler avec un ou des partenaires. Comme nous le verrons plus loin au moment d'aborder l'analyse des enjeux, traditionnellement cette collaboration externe n'apparaît pas naturelle dans des organisations d'abord centrées sur un fonctionnement autarcique.

La collaboration interorganisationnelle constitue l'exigence fondamentale pour permettre la réalisation des différents modes de structuration que constituent les mécanismes de concertation, les projets de partenariat, le développement d'un continuum de services, les réseaux intégrés de services, la mise en place d'un guichet unique et la coordination des services par des gestionnaires de cas.

Wimpfheimer, Bloom et Kramer (1990) définissent la collaboration interorganisationnelle comme : « a creative process of melding organizational and personality attributes (strengths and limitations) within a common situation so as to achieve mutually shared objectives at some level of parity. » (Kramer, 1984 : 90 dans Wimpfheimer, Bloom et Kramer, 1990) Pour ces auteurs, la collaboration entre les organisations repose sur des pré-conditions et des conditions : 1) *Les pré-conditions* : la mutualité (problème commun), un momentum (« timing ») approprié (vouloir agir sur le problème au même moment), une délégation d'autorité (que le représentant de l'organisme ait la possibilité d'engager des ressources), l'habileté d'influencer et la créativité. 2) *Les conditions* : une vision gagnant/gagnant, partager l'information concernant le problème et les solutions, le partage du risque et l'acceptation des limites de chacun. La présence (ou non) de ces conditions assurera le succès ou l'échec de la collaboration (1990 : 100).

Un sondage mené à travers les États-Unis par Macfarquhar, Dowrick, Riskey (1993) permet d'identifier les facteurs qui contribuent le plus au succès de la collaboration interorganisationnelle dans le champ des services aux jeunes perturbés émotionnellement : 1. L'utilisation d'une équipe inter-agences (42 %) ; 2. Les talents et l'implication du personnel (25 %) ; 3. L'adhésion inconditionnelle à une approche clientèle (« *unconditional care policy* ») (13 %) ; 4. L'implantation actuelle de l'approche auprès d'un jeune (8 %) ; 5. La volonté de prendre des risques (4 %). » (1993 : 170)

Dans les faits, les services sociaux utilisent depuis de nombreuses années divers types d'arrangements pour agencer leurs services dans une perspective interorganisationnelle : service d'accueil et d'évaluation commun, références, références réciproques, consultation sur un cas, conférence de cas, équipes clientèle, *case management*, cohabitation de services dans de mêmes locaux, prêt de services ou de ressources (Rossi, Gilmartin et Dayton, 1982 : 235). Ces exemples illustrent pleinement l'importance des relations interorganisationnelles dans ce domaine.

LA CONCERTATION

La **concertation**. Se concerter, c'est mettre en action la collaboration interorganisationnelle en vue d'obtenir des résultats concrets caractérisés par un objectif partagé, une meilleure coordination des services ou un développement de projets de partenariat pour mieux répondre aux besoins perçus.

Bélanger (1987) définit la concertation de la façon suivante : « un processus formel de gestion et de coordination mais qui n'est pas fortement hiérarchisé ni fortement institutionnalisé. Le processus repose sur l'adhésion volontaire d'un ensemble d'agents autonomes en vue de développer et d'atteindre des objectifs communs » (1987 : 1). Ce processus respecte conséquemment l'autonomie de chacun des agents impliqués dans la démarche de concertation. Pratique en évolution, à la fois avenue de participation et stratégie de gestion, la concertation constitue un processus qui mène habituellement à l'intersectorialité car les partenaires concernés appartiennent rarement à un seul secteur si nous développons une approche globale des besoins des gens.

Schneider (1989) qui s'est particulièrement intéressé à la concertation dans le cadre de l'administration publique la définit pour sa part comme étant : « une démarche qui comprend l'ensemble des pratiques articulées d'un groupe d'acteurs décisionnels et autonomes qui ont convenu d'harmoniser non seulement leurs orientations mais également leurs stratégies d'intervention et leurs actions concrètes au sein de leur secteur d'activités donné. » (1989 : 25)

La concertation requiert habituellement une structure plus ou moins formalisée où les représentants des partenaires se rencontrent à une fréquence déterminée entre eux en fonction du suivi de la tâche qu'ils projettent d'accomplir : table de concertation, groupe de travail ad hoc, etc.

La concertation peut être locale, régionale ou plus globale. L'entente cadre intervenue entre les associations des Centres jeunesse et des CLSC et CHSLD est un bel exemple d'une démarche de concertation au plan provincial.

Bélanger (1987) identifie quatre conditions nécessaires, à son avis, pour que la concertation s'avère fructueuse : 1. assurer l'autonomie financière des organisations impliquées, sinon une compétition pour l'obtention de ressources s'installe entre eux ; 2. clarifier le champ d'activité propre à chaque partenaire ; 3. préciser les objectifs poursuivis par l'ensemble pour favoriser le ralliement de tous les partenaires ; 4. distinguer ce qui relève du champ de la concertation de d'autres types de processus de décision doit être précisé (1987 : 5). Il croit que même si « la concertation a ses limites et la compétition interétablissements demeure [...], on peut parler aujourd'hui d'une conscience de réseau émergente. » (1987 : 3)

Schneider (1989) affirme que trois types de conditions influencent la mise en œuvre de la concertation : 1) *Des conditions structurelles* : le statut de la pratique concertiste (reconnaissance formelle par les institutions), les objets et les modes de concertation, l'articulation avec les autres fonctions de gestion (intégration horizontale), le soutien des groupes concertistes (disponibilité de l'information, éclairage d'experts, soutien administratif et technique) ; 2) *Des conditions culturelles* : une orientation clientèle, le sens du relatif, une orientation vers l'action, la tolérance à l'ambiguïté, la régularité, le sens du risque ; 3) *Des conditions fonctionnelles* : le maintien de liens avec l'extérieur, la présence de protocoles explicites, une rigueur dans la préparation et le suivi des travaux, une orientation favorisant des petits succès, un partage équilibré des coûts et des gains.

La concertation repose sur des valeurs partagées et il ne faut pas s'étonner que cet aspect soit fréquemment mis en évidence. Quiviger (1987) formule quatre niveaux de conditions qu'il juge essentielles pour parvenir à se concerter dans une perspective de développement

communautaire : 1) *Conditions au niveau d'une vision de la vie en société* : une démocratie véritable, le pouvoir vécu à la fois comme service et comme responsabilité, une recherche de cohérence et de communication, une volonté d'impliquer tous les acteurs concernés ; 2) *Condition au niveau de l'intervention sociale* : réaliser dans le milieu local une approche globale de la situation ; 3) *Conditions au niveau des valeurs* : des valeurs intellectuelles (audace intellectuelle, compétence, sens du relatif et acceptation de l'ambiguïté), des valeurs éthiques (choisir la solidarité plutôt que l'individualisme, choisir la vérité plutôt que la fausse représentation, choisir le service plutôt que le « *power trip* » égocentrique, choisir le partage plutôt que la récupération), des attitudes personnelles (l'autonomie, la tolérance, le leadership) ; 4) *Points de repère au niveau organisationnel et administratif* : un minimum d'organisation de base, un plan d'action, une vision claire des buts de la concertation, la représentativité des participants, une entité administrative propre.

L'intensité et la continuité de la concertation reposent avant tout sur la volonté exprimée par les acteurs concertistes. Dans un rapport de recherche-action portant sur l'implantation d'un plan d'action par la Table de concertation en violence conjugale de Baie-Comeau, datant de 1990, Béliveau, Gagnon et Gélinas distinguent la concertation des personnes de celle des organisations et établissent un certain nombre de constats propres à chacun. D'une part, si le groupe se définit en marge des structures formelles et oriente son action en fonction des capacités d'influence des personnes qui forment le groupe, des conditions particulières s'appliquent (au nombre de six). D'autre part, s'il choisit de se définir comme une instance formelle, reconnue et jouant un rôle dans les processus décisionnels concernant la problématique pour laquelle le mécanisme a été mis sur pied (rôle de consultation, de recommandation, d'expertise, etc.), d'autres conditions joueront (au nombre de sept). Au-delà de ces deux choix, les auteurs soulignent dix conditions à réunir pour que les partenaires s'approprient autour d'objectifs consensuels, participent sur une base

volontaire et soutiennent réellement cette participation (soutien financier, formation, reconnaissance interne de cette contribution, etc.), reconnaissent le rôle des groupes de pression, favorisent la recherche sur la problématique, s'engagent dans le projet (1990 : 148-149).

Lorsqu'ils sont interrogés à ce sujet, les acteurs impliqués dans des expériences de concertation, réussies ou non, parviennent sans difficultés à exprimer un ensemble d'obstacles possibles et de facteurs favorisant le développement de la concertation avec les ressources communautaires d'un milieu (Cyr, 1994).

Leblanc (1983) trace un portrait d'expériences concrètes de concertation de dix établissements des Hautes-Laurentides visant davantage d'efficacité et d'efficience en pratiquant ensemble le regroupement d'achats, l'achat de services interétablissements, l'échange de services interétablissements et la mise sur pied de trois services concertés. Ces exemples illustrent la tendance de la concertation à se traduire en formes de partenariat. Selon l'auteur, « ...se concerter, c'est être d'accord, sur une base tout-à-fait volontaire, pour agir ensemble ; c'est vouloir aboutir collectivement à quelque chose qui répond à nos besoins et qui améliore notre fonctionnement ; c'est créer par la mise en commun des énergies, une synergie qui se répercute sur le vécu interne de chaque établissement-partenaire (1983 : 24). Cette concertation concrète repose sur six conditions : la confiance en l'autre et la communication ouverte, le respect de l'autonomie de chaque établissement, la capacité de travailler en groupe, la nécessité que des leaderships s'exercent, l'ouverture d'esprit face au changement et au risque, l'obtention de gains pour les partenaires.

LE PARTENARIAT

Le **partenariat** est le produit de la concertation. Fontan et Lévesque (1992 : 62), dans le cadre d'une réflexion sur le développement économique communautaire, affirment que « la concertation et le partenariat sont deux facettes imbriquées d'une même réalité : la

concertation c'est s'entendre pour agir ensemble et réfléchir sur des modalités de réalisation d'une action conjointe. Le partenariat, c'est une action partagée entre différents acteurs qui agissent selon une entente établie entre eux par la concertation. »

Il prend habituellement la forme d'un projet porté par deux ou plusieurs organisations qui veulent réaliser ensemble quelque chose de plus que ce que chacun fait de son côté, par exemple, la mise sur pied d'une ressource nouvelle, le regroupement au sein d'un même lieu d'intervenants provenant de deux ou de plusieurs organisations différentes, le développement d'un nouvel outil d'évaluation ou d'intervention, etc.

Favreau et Hurtubise (1993) proposent pour leur part une perception critique du partenariat, s'appuyant sur l'expérience et les valeurs de l'organisation communautaire : le partenariat leur apparaît « non pas comme une forme aliénante de participation (le fameux thème de la récupération issu de la culture politique marxiste), ni comme une relation égalitaire et consensuelle (la conception de la participation héritée de la tradition libérale), mais bien comme une coopération conflictuelle au sein de laquelle la participation s'exerce certes de façon minoritaire et asymétrique, mais où il est possible de se fixer des objectifs concrets que partagent d'autres acteurs tout en défendant simultanément des intérêts différents voire même opposés. » (1993 : 37) Cette vision conflictuelle inspirée par des expériences négatives vécues notamment par des organismes communautaires dans leurs rapports avec les réseaux publics risque de les conduire à un isolement respectif ; la réussite du partenariat exige le dépassement de ces positions initiales et l'établissement d'un véritable climat de confiance fondé sur le respect mutuel des expertises et des rôles.

Le partenariat doit aussi tenir compte que les ressources qui peuvent être mises à contribution par les organisations au sein d'une initiative commune, varient selon leur taille, leur compétence et leur statut.

À titre d'exemple, le conseil d'administration du CLSC Centre-ville s'est donné, en 1993, une politique de partenariat avec les groupes communautaires de son territoire. Celle-ci vise une consolidation des liens avec ces groupes. Elle identifie un ensemble de moyens concrets à mettre de l'avant : information et communication (assemblée publique d'information, journée des groupes communautaires, etc.) ainsi que de liaison et de collaboration (mode de références, table de concertation, appui public à des groupes, etc.). Des conditions de collaboration y sont énumérées : respect et autonomie des groupes, établissement de rapports équitables, droit à une continuité de services, participation au conseil d'administration, consultation sur les orientations du CLSC, financement, identification d'une personne responsable de l'application de la politique (CLSC Centre-ville, 1993).

Panet-Raymond et Bourque (1991) soulignent pour leur part la nature particulière des rapports partenariaux entre les établissements publics et les organismes communautaires en distinguant le partenariat du « pater-nariat ». « Le partenariat (ou l'indépendance négociée) qu'ils définissent comme un rapport égalitaire et équitable entre deux parties différentes par leur nature, leur mission, leurs activités, leurs ressources et leur mode de fonctionnement. Dans ce rapport, les deux parties ont des contributions différentes mais jugées mutuellement comme également essentielles. Le partenariat réel est donc fondé sur un respect et une reconnaissance mutuelle des contributions et des parties impliquées dans un rapport d'interdépendance. L'objet du partenariat devient un échange de services et/ou de ressources de nature différente mais de poids ou de valeurs comparables ou reconnues comme telles par les parties impliquées. L'objet du partenariat peut aussi être la création conjointe d'un projet ou d'une ressource. Enfin, ce partenariat laisse place à des espaces de négociation où les parties peuvent définir leur projet commun. » (1991 : 11) Pour sa part, le « pater-nariat [...] fait référence à un rapport inégalitaire, où il y a présence d'un but dominant, d'une complémentarité à sens unique, d'un rapport utilitaire et de

sous-traitance. » (1991 : 11) Leur étude cerne les facteurs organisationnels, professionnels et humains qui permettent le développement du partenariat et évitent sa transformation en « pater-nariat ».

Panet-Raymond et Bourque (1991) proposent trois niveaux de facteurs influençant la réussite des collaborations partenariales : 1) *Les facteurs organisationnels* : intérêt premier pour la clientèle, enracinement dans le milieu, ouverture et respect des différences, organismes ayant une mission claire et des objectifs précis, entente formelle (par écrit), lignes de communication claires, évaluations régulières, participation à une table locale ; 2) *Les facteurs professionnels* : les compétences professionnelles, l'expertise, la connaissance de la dynamique du milieu et du fonctionnement des organismes et des établissements, le soutien de l'intervenante communautaire ; 3) *Les facteurs humains* : écoute, respect de l'autre, transparence, ouverture d'esprit et créativité. (1991 : 12-13)

De façon générale, le partenariat se développe autour d'objectifs assez précis : un besoin, une clientèle, un projet. Par exemple, Lebeau et Viens (1991) retracent l'histoire du développement d'un service d'intervention de crise dans le territoire du Haut-Richelieu. Ils analysent la conception sous-jacente à cette forme de partenariat, les objectifs d'un service d'intervention en situation de crise et le processus d'implantation vécu dans le Haut-Richelieu. Les auteurs montrent qu'il y a risque de dérive du projet et qu'il est particulièrement important de tenir compte des contraintes inhérentes à ce type d'effort collectif ainsi que des conditions de succès (1991 : 136).

LE CONTINUUM DE SERVICES

La notion de *continuum de services* réfère à la fois à la continuité et à la complémentarité des services requis par une clientèle, par exemple les personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA), les jeunes en difficulté, les personnes victimes d'un traumatisme suite à un accident de la route (TCC), les personnes avec une déficience ou celles affectées par un

trouble sévère et persistant en santé mentale. S'appuyant sur une analyse des systèmes de santé mentale européens, Mangen (1994) rappelle que « the notion of « continuing care » displacing « chronicity » and, latterly « long-term user » is also a serious intellectual and clinical challenge because it forces us to respond to the multiplicity of needs that this heterogeneous user group brings to mental health services » (1994 : 235). Ce nouveau concept implique en effet un modèle complexe de services, certains intensifs et d'autres occasionnels, certains en institution et d'autres dans la communauté ou à domicile, partageant la responsabilité de ces services avec l'utilisateur. Il s'agit-là d'un changement majeur parce que, traditionnellement, les systèmes de santé reposaient sur l'hospitalo-centrisme qui contribuait à surinstitutionnaliser les clientèles.

L'idée même d'un continuum de services s'appuie sur un processus normal de réponse qui commence par une évaluation, qui passe par un traitement et qui prévoit des mesures de réinsertion, de suivi ou de soutien, selon le cas. Rodwin (1989) souligne que la France, dans les années 80, a tenté d'innover en mettant en place des réseaux de soins coordonnés (RSC). Aux États-Unis, où une bonne partie de la population ne bénéficie pas d'une assurance leur donnant accès à des soins de santé au début des années 90, « on assiste à une croissance des réseaux de soins coordonnés appelés les HMO (*Health Maintenance Organization*). Actuellement, 45 millions d'américains (environ 1 sur 5) sont couverts et reçoivent leurs soins médicaux par des HMO. Cette structure permet de fusionner les fonctions d'assurance et de production de soins. » (AHQ, 1995b : 4)

Le continuum de services reconnaît explicitement que les clientèles ont des besoins auxquels un ensemble d'établissements doivent répondre dans une optique préventive, de première ligne, d'urgence ou de services spécialisés (selon leur mission), en plus des services complémentaires assumés dans le milieu par les ressources communautaires.

En 1995, par exemple, deux fédérations d'établissements publics, la Fédération des CLSC et celle de la réadaptation en déficience physique du Québec ont convenu, dans une perspective d'amélioration de la continuité et de l'efficacité des services aux personnes ayant une déficience physique, d'identifier le partage des responsabilités respectives de leurs membres et les pistes possibles de collaboration. Leur document propose un plan de mise en oeuvre (1995-1997) identifiant différents moyens concrets pour l'actualisation de ces liens de complémentarité (Fédération des CLSC, 1995). Parallèlement, la Fédération des CLSC et celle des CHSLD produisaient un document présentant les valeurs et objectifs communs à ces deux types d'établissements à l'égard de la clientèle en perte d'autonomie vivant à domicile, ainsi que des pistes de solutions à différentes problématiques (duplication et coordination de leurs services, etc.). Le document suggère aux établissements membres des deux fédérations de faire davantage de travail ensemble, en fonction de mécanismes de concertation locale, par territoire de CLSC ou de MRC et ce, pour assurer une meilleure complémentarité et une continuité des services (Fédération québécoise des CHSLD, 1996).

Le continuum de services vise à réduire les nombreuses zones grises observées avec les modes traditionnels de fonctionnement et l'absence de mécanismes efficaces de collaboration (protocoles de référence) qui font en sorte que des clients ne reçoivent pas les services nécessaires et doivent assumer les frais des tensions institutionnelles et des conflits entre professionnels.

L'objectif poursuivi par des organisations qui adhèrent à un continuum de services est de recentrer leurs intervenants autour d'interventions basées sur un plan individualisé de services suivi par un intervenant-pivot ou un gestionnaire de cas. L'accessibilité et la qualité des services à la clientèle devraient ainsi s'améliorer.

Le continuum peut être relativement limité (relations bilatérales entre deux partenaires) ou prendre la forme d'un vaste réseau de relations à

la fois bilatérales et multilatérales. Dans les deux cas, il importe que les partenaires concernés se donnent des moyens de suivre l'évolution de leurs relations et de l'impact de celles-ci sur les clientèles communes. Ainsi, en vue d'assurer la continuité des soins dans la communauté dans le cadre du virage ambulatoire, la Régie régionale de Montréal-Centre s'est dotée d'indicateurs de suivi des transferts de cas CH/CLSC. Cet outil de suivi et de rétroaction permet d'apprécier le développement de l'articulation entre ces partenaires. Le choix des indicateurs retenus repose sur les résultats ciblés et la volonté qu'ils soient à la fois limités en nombre et significatifs, tout en tenant compte des faiblesses inhérentes aux systèmes d'information MED-ECHO et SICC. À titre d'exemple, pour les CLSC, les indicateurs retenus sont l'augmentation du nombre d'usagers desservis en posthospitalisation et en postopération référés par un CH, l'augmentation du nombre moyen d'interventions dispensées à domicile ou au CLSC pour les usagers du virage ambulatoire et l'augmentation du nombre d'usagers de 60 ans et plus référés par un CH et desservis à domicile.

LES RÉSEAUX INTÉGRÉS DE SERVICES

Les *réseaux intégrés de services* constituent l'articulation concrète d'un continuum de services. Ils s'appuient sur un projet concerté d'intégration volontaire des services pour une clientèle commune. Il s'agit d'un rapprochement naturel par opposition aux fusions de services qui sont davantage un modèle imposé. Par exemple, pour l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), « il faut véritablement passer d'un réseau d'établissements à un réseau de services. » (1995a : 9) Un tel réseau vise notamment à offrir la ressource la plus légère pouvant satisfaire les besoins de la clientèle et à procurer une continuité dans l'offre de services et dans le suivi de la clientèle.

Par réseau ou système de services intégrés, on entend : « a network of organizations that provides or arranges to provide a coordinated continuum of services to a defined population and is willing to be held

clinically accountable for the outcomes and the health status of the population served. » (Marriott J., 1996)

Pour l'AHQ, un réseau intégré est essentiellement « une organisation réticulaire ayant pour mission d'assurer à toutes les personnes vivant dans une communauté à contour dynamique, l'accessibilité continue à une gamme complète de soins et de services de santé et sociaux, de haute qualité, coordonnés et dispensés dans différents milieux, sous la responsabilité et la gouverne de représentants dûment mandatés par la communauté concernée. » (1995 : 10) Pour guider ce virage vers des réseaux intégrés, l'AHQ préconise la décentralisation vers les instances les plus près des vrais besoins des personnes (notamment les instances communautaires), déréglementer, admettre la diversité des approches plutôt que d'imposer des politiques « mur à mur », mobiliser tous les intervenants, s'ouvrir à une gestion participative et décentralisée et à l'intersectorialité.

Les réseaux intégrés de services, généralement initiés par un noyau de partenaires davantage concernés par une problématique, relie un ensemble d'institutions et d'organismes communautaires qui choisissent de coordonner plus étroitement leurs efforts pour mieux répondre aux besoins précis d'une clientèle. Un contrat formel déterminant les objectifs et les rôles lie ces partenaires et différentes modalités opérationnelles viennent faciliter et renforcer le fonctionnement quotidien de ce réseau. Ces aspects seront abordés plus loin.

Quant aux limites et aux écueils possibles d'un RIS, elles sont intimement liées à la qualité des efforts consacrés à sa mise en place, au degré d'adhésion des partenaires, à la qualité et à la sensibilité des personnes qui en assument l'animation et s'assurent de la pérennité. Évidemment, plus les organisations qui y contribuent se sentent en périphérie plutôt qu'au cœur du continuum de services, plus il faut tenir compte de leur apport spécifique et de leurs particularités. Cette force centrifuge constitue certainement une limite à tout RIS, tout comme

sa taille et les spécificités de chacun des partenaires. Il vaut mieux constituer plusieurs continuums de services bien ciblés que de tenter de construire une mégastucture inefficace pour chapeauter un ensemble de services.

L'INTERSECTORIALITÉ

L'intersectorialité constitue une dimension supplémentaire de la collaboration interorganisationnelle dans un contexte contemporain. En effet, alors que la plupart des relations interorganisationnelles des établissements sociosanitaires concernent principalement des partenaires du même secteur, la mise en place de tables de concertation, de projets en partenariat et de réseaux intégrés de services nous force à étendre ces échanges et ces pratiques de collaboration à des partenaires autrefois occasionnels qui proviennent des milieux de l'éducation, de la justice, de la sécurité publique, des municipalités, du soutien du revenu, des loisirs, etc.

Dans leur bilan de pratiques intersectorielles québécoises en santé, Fortin et coll. (1994) identifie ces pratiques à des formes de coalition : « Une coalition est définie comme étant faite de deux ou de plusieurs parties (individus ou organismes) qui acceptent de coopérer dans le but d'atteindre des objectifs communs et qui s'entendent sur la répartition des avantages attendus. » (1994 : 5) Cette vision inspirée par le sociologue américain Gamson met en valeur les avantages que les membres de la coalition en retirent, en s'appuyant sur les atouts politiques dont ils disposent, les liens établis entre eux, le mode de décision et d'organisation qu'ils se donnent. L'action intersectorielle (ici en santé) s'avère nécessaire en raison du fait que sans elle, l'objectif d'intervenir sur les déterminants de la santé ne pourra pas être atteint, ceux-ci débordant largement des facteurs étroitement liés à la santé même des personnes.

LES ORIENTATIONS : ENTRE LE VOLONTARIAT, L'INCITATION ET L'IMPOSITION

Les organisations peuvent collaborer volontairement parce qu'elles partagent une vision commune du continuum des services nécessaires à leur clientèle et ont conscience du fait qu'elles ne parviendront pas seules à relever ce défi.

Reid (1965), dans le domaine de la délinquance et Neugeboren (1985) pour l'ensemble des services sociaux, rappellent l'existence de quatre conditions fondamentales pour coordonner maximale et avec succès de tels services : 1. la participation volontaire des organisations concernées ; 2. le maintien de l'autonomie des services de chaque organisation ; 3. le partage des objectifs ; 4. la complémentarité de leurs ressources. Ce courant volontariste est identifié dans la littérature comme étant celui de l'échange où chaque partenaire gagne à offrir ses services à une clientèle élargie et à demander en retour l'accès aux services des autres pour sa propre clientèle.

Raelin (1982) note l'existence d'un autre courant basé sur l'accomplissement de mandats légaux ou politiquement déterminés en vue de répondre aux besoins d'une clientèle : « Appelé l'approche de *l'économie politique* de l'efficacité, ce cadre [de pensée] sélectionne des processus, des stratégies et des structures organisationnelles (et non pas interorganisationnelles) comme variables déterminantes entre la formulation des politiques et l'impact de celles-ci. » (Raelin, 1982 : 244)

Ici, la collaboration ne provient pas de la volonté des acteurs offrant les services mais bien de celle du législateur (ou de ses instances décisionnelles) qui prend l'initiative de la mise en place, détermine les objectifs poursuivis, les modalités désirées de coopération et les modes d'évaluation des objectifs recherchés (mesure de la performance). L'appellation « économie politique de l'efficacité » provient du fait qu'en théorie le rôle de l'État consiste à toujours effectuer le choix le plus rationnel, le plus économique, le plus efficace.

Cette seconde approche peut bien sûr se manifester concrètement par des fusions de structures (organisationnelles, municipales, scolaires, etc.), des tutelles et l'adoption de législations d'exception (lois spéciales) destinées à imposer la volonté du législateur. Mais elle s'incarne également dans les efforts de l'État pour concevoir des législations appropriées et mettre en place des organisations chargées d'en réaliser la finalité.

Nous croyons qu'il existe une troisième approche, celle de l'incitation, par laquelle l'État peut encourager le développement d'innovations, les reconnaître comme de bonnes pratiques à imiter puis soutenir leur généralisation. Cette troisième voie, largement utilisée depuis une dizaine d'années, dans le cadre de la recherche appliquée soutenue par le gouvernement canadien (par exemple, les projets du Fonds d'adaptation des services de santé de Santé Canada), prend également la forme de projets innovateurs développés en partenariat.

LES MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

Les modalités opérationnelles constituent des moyens que les organisations se donnent pour l'atteinte des finalités qu'elles poursuivent. Celles-ci concernent ici les relations interprofessionnelles (champ disciplinaire, multidisciplinarité, interdisciplinarité) et les modes de fonctionnement (case management, guichet unique).

Le **champ disciplinaire** : dans notre société, les professions se structurent autour de champs de connaissances dont ils deviennent en quelque sorte le moyen d'exercice appliqué. Les organisations du réseau sociosanitaire s'appuient sur deux grandes familles de professions : les professions à dominante sanitaire (médecine, sciences infirmières, réadaptation, nutrition, hygiène dentaire et hygiène au travail) et les professions à dominante psychosociale (service social, psychologie, organisation communautaire, criminologie, psycho-éducation, etc.).

La **multidisciplinarité** : comme le mot l'indique clairement, il s'agit de mettre en relation de travail des personnes dont la formation professionnelle est différente.

La multidisciplinarité n'implique pas nécessairement une interrelation professionnelle puisque, comme le souligne Brunet (1978), elle conduit à une forme de parallélisme disciplinaire où chaque professionnel revendique la possibilité de décider seul, dans son domaine, de ce qui convient à son client. La pluridisciplinarité constitue un synonyme de multidisciplinarité signifiant simplement que plusieurs disciplines sont impliquées.

L'interdisciplinarité : il s'agit de mettre en relation d'échanges et de travail des personnes dont la formation professionnelle est différente en vue d'offrir une complémentarité suffisante pour bien desservir une clientèle à problèmes multiples. Comme l'indique Brunet, la perspective est profondément transformée :

« Le modèle de collaboration globale implique, du moins à son degré le plus poussé, que chaque professionnel ou chaque groupe reconnaisse que, seul, il ne peut pas donner entière satisfaction au client que celui-ci soit un individu, un groupe ou une population dans son ensemble. Il faut l'intervention conjointe de plusieurs disciplines pour une action efficace et complète. À la limite, un tel modèle implique que l'action globale de tous offre une meilleure garantie de succès et de qualité que l'action parallèle de chacun. Une telle vision amène les membres de l'équipe à planifier, à déterminer les priorités, à programmer et à décider des interventions communes, sans nier évidemment la part d'expertise que chacun apporte. » (Brunet, 1978 : 266)

Dussault souligne que l'interdisciplinarité ou la collaboration globale était « le modèle envisagé par la Commission Castonguay-Nepveu, celui de la véritable équipe intégrée au sein de laquelle chacun contribue, selon ses compétences propres, à une démarche commune en vue d'un objectif commun. La synergie qui découle de l'interaction entre diverses

catégories de professionnels permet des résultats qui dépassent la simple somme des contributions individuelles. » (1986)

Comme nous pouvons le constater, ces caractéristiques touchent d'abord la collaboration des intervenants d'une même équipe, puis entre les services d'une même organisation. Mais elles ont également du sens lorsqu'on les applique à la collaboration d'intervenants de différentes organisations et à la constitution, plus récente, d'équipes formées de ressources interorganisationnelles.

LA GESTION DE CAS

La **gestion de cas** (« *case management* ») : est un système de dispensation de services apparu dans les années 70 afin d'améliorer la coordination de services multiples et fragmentés, et de maximiser l'utilisation de ressources communautaires. Durant cette période, la désinstitutionnalisation, particulièrement de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, a nécessité que des efforts coordonnés soient faits afin que ces personnes puissent être réinsérées dans un milieu de vie.

Aujourd'hui, la gestion des cas est une forme d'intervention largement pratiquée aux États-Unis et en Angleterre par laquelle un intervenant professionnel organise, suit et ajuste au besoin (« *monitoring* ») un ensemble optimal de services de crise, intensifs ou à long terme (dépassant souvent les frontières de sa propre organisation et s'appuyant également sur le réseau de soutien de la personne) pour des clients présentant des besoins complexes ou des pertes importantes d'autonomie. Les tâches centrales de la gestion de cas sont l'évaluation, la planification des services, l'implantation, la coordination et le monitoring du système, la défense des intérêts du client, la conclusion et le suivi.

Historiquement, la gestion de cas, inspirée par une vision systémique de la situation de la personne en lien avec son environnement, visait à répondre à deux types d'objectifs : l'amélioration de la dispensation de

services grâce à une meilleure coordination des contributions et la rentabilisation optimale des dépenses effectuées pour chaque client. Ce deuxième objectif a donné naissance au courant des « *managed care* », propre au secteur privé, où le gestionnaire de cas administre une budget et négocie l'achat des services jugés requis pour son client. Ces objectifs du contrôle des coûts s'éloignent passablement des considérations cliniques de nombreux gestionnaires et génèrent chez eux malaises et tensions (Kane, 1990).

Le gestionnaire de cas doit normalement impliquer le client et son réseau de soutien social dans l'évaluation des besoins et la recherche de solutions dans le cadre d'un plan déterminé par des objectifs précis et délimité dans le temps. La gestion de cas constitue ainsi un processus intégré d'identification et de satisfaction des besoins individualisés avec les ressources disponibles. Le processus met l'accent sur l'adaptation des services aux besoins plutôt que celle des individus aux services existants. La National Association of Social Workers des États-Unis la définit ainsi : « une approche de dispensation de services où des clients ayant des problèmes et des incapacités multiples et complexes reçoivent de façon efficace tous les services requis dans le cadre de l'évaluation, de la planification, de la liaison, du monitoring et de la défense des intérêts. » (NASW, 1992) Avec le recours de plus en plus fréquent à la gestion de cas, la National Association of Social Workers des États Unis est devenue soucieuse d'assurer des normes et des directives professionnelles pour la gestion de cas en travail social. Des normes ont été établies en ce qui a trait aux qualifications, à la primauté des intérêts du client, à l'autodétermination du client, à la confidentialité, à l'intervention auprès du client, à l'intervention systémique, à la responsabilité fiscale, à l'assurance qualité, à la charge de cas et à la coopération professionnelle (Brennan et Kaplan, 1993). Le gestionnaire de cas constitue à la fois un accompagnateur, un avocat des intérêts du client et un professionnel soucieux qu'une réponse adéquate soit apportée aux besoins cliniques et concrets de la personne dont il s'occupe.

« Il y a cependant une grande diversité dans la pratique quant à la définition des rôles effectivement assumés par les gestionnaires de cas. Par exemple, une recherche menée en Grande-Bretagne a permis de constater qu'il y avait 7 types de dispensation de services en usage en examinant 28 projets de soins communautaires en Angleterre, démontrant la diversité dans l'opérationnalisation des tâches centrales de la gestion de cas. » (Cambridge, 1992 ; cité dans Larivière, Hockenstein, Montejo, 2001)

Kosberg la définit comme un processus séquentiel : « Case management is a client-level strategy for promotion of the coordination of human services, opportunities, and benefits through the integration of services and achieving continuity of care. Case management is a standardized process which coordinates multiple services through (1) objective assessment, (2) development of a personalized plan of care, (3) arranging needed services, and (4) attention to continuity through monitoring and follow-up. » (1992 : 14)

Morrow-Howell (1992) ajoute d'autres dimensions complémentaires : « Case management is an intervention using a human service professional to arrange and monitor an optimum package of long-term care services (Applebaum and Austin, 1990). A case manager is a person who extends her/his services beyond the boundaries of a single agency to coordinate the entire service network on behalf of a client with complex problems or disabilities. »

Il existe évidemment de multiples modèles de gestion de cas que l'on peut regrouper sur un continuum autour de deux grands pôles : la gestion clinique et la gestion administrative. Cette dernière approche comporte souvent une connotation péjorative aux yeux de nombreux praticiens dont les valeurs et les intérêts professionnels s'apparentent davantage au pôle clinique.

La gestion de cas à orientation clinique fait du gestionnaire de cas, qui demeure un dispensateur de services directs, le pivot des interventions combinées des différentes personnes impliquées dans un plan

d'intervention partagé (P.I. : interne à l'organisation) ou de services individualisés (P.S.I. : incluant une ou des contributions externes). Elle vise l'harmonisation des apports respectifs autour d'un objectif partagé et le renforcement mutuel des interventions.

La gestion de cas à orientation administrative confie au gestionnaire de cas la responsabilité de coordonner les contributions d'intervenants provenant d'une ou de plusieurs ressources, s'assure de l'accès aux services, défend au besoin les droits des usagers, prend seul ou en concertation des décisions d'allocation de services et parfois même d'achat de services. Dans certaines variantes du modèle en usage aux États-Unis, les gestionnaires de cas sont littéralement des gestionnaires de budget et font des « *managed care* », notamment pour des compagnies d'assurance ou des programmes d'aide aux employés (P.A.E.) agissant comme tiers payeur.

Il existe un modèle hybride qui combine les deux approches ; notre évaluation de l'implantation du guichet unique par les services de maintien à domicile des CLSC montréalais (Larivière, Hockenstein, Montejo, 2001) révèle que les intervenants sont plutôt mal à l'aise avec cette combinaison des deux rôles.

LE GUICHET UNIQUE

Le ***guichet unique*** : repose sur le principe de procurer un accès à une vaste gamme de services à partir d'un porte d'entrée unique, facilitant les démarches des usagers et de leur réseau de soutien et compensant pour la grande fragmentation dans le réseau de dispensation des services. Le développement rapide des nouvelles technologies d'information et de communication (NTIC) a conduit plusieurs gouvernements à utiliser des formules comme des bornes interactives, des sites informatisés tout autant qu'à développer des guichets d'accueil physique des personnes en quête d'information ou de services (Lobet-Maris, 2001).

Dès 1991, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec faisait le constat suivant : « Des provinces canadiennes empruntent également cette voie [pour leur clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie]. Dans le cadre d'une vaste réforme de ses services de longue durée, l'Ontario (ministère des Services sociaux et communautaires, *Stratégies de réaménagement – Réforme globale des soins de longue durée en Ontario*, Toronto, 1990) propose des organismes d'accès aux services comme la stratégie d'intervention. La Colombie-Britannique (Hollander, M. J., *Towards the year 2011 ; a strategic action plan for the allocation of continuing care resources*, Victoria, 1989) va dans le même sens. L'Alberta a elle aussi expérimenté des mécanismes d'accès unique aux services (Calgary Regional Assessment and Placement Committee, *Single entry: Its importance to the future of long term care*, Calgary, 1988). » (1991 : 76) Le même document soulignait aussi l'existence de premières expérimentations québécoises : « Notons entre autres l'expérience de coordination du Haut-Richelieu (Lebeau, A., Lemieux, J., Gendreau, C., Caillaux, P., DSC de l'hôpital du Haut-Richelieu, *Développement de la coordination des services à la personne âgée en perte d'autonomie dans le Haut-Richelieu : une évaluation concomitante*, Saint-Jean-sur-Richelieu, 1990), de même que les mécanismes actuellement expérimentés dans la région 09 et la région 03. » (1991 : 76)

En 1995, l'Ontario a décidé d'expérimenter le concept de *Comprehensive Health Organization* (CHO) dans deux districts : « En principe, les CHO deviennent le point central de tous les services de santé dans la collectivité en fournissant un point d'accès unique pour des soins communautaires et des services ambulatoires que l'on veut coordonnés et multidisciplinaires. » (AHQ, 1995 : 10)

La Commission Clair cite à titre d'exemple l'expérience du Programme Accès Jeunesse Toxicomanie (PAJT) de la région de Québec où les établissements ont mis en place un guichet unique donnant accès à un processus d'évaluation qui constitue une passerelle dynamique entre les services généraux et les ressources spécialisées. Ce moyen assure

que le jeune sera pris en charge par la ressource la plus adéquate. » (2000 : 50)

Hollander et Walker (1998) proposent cette définition du guichet unique : « Un système de guichet unique permettant d'avoir accès à des services de soins continus propose un mécanisme de détection adéquat qui fait en sorte que ceux qui ont des besoins pourront recevoir des services appropriés. Ceci accroît l'efficacité globale des services en minimisant la probabilité que des soins non requis soient offerts. De plus, le guichet unique constitue un lieu central unique pour « magasiner » des services dans des communautés locales. Il ressort de ceci que les individus n'ont pas à contacter différents interlocuteurs pour trouver les services accessibles et les conditions d'accès. Ceci augmente l'accessibilité au système de soins. Dans des systèmes sans guichet unique, les individus peuvent ne pas recevoir de soins, ou les soins les plus appropriés parce qu'ils ne connaissent pas les services disponibles. » (1998 : 46)

Larivière, Hockenstein et Montejo (2001) rapportent que « Hollander (1999) estime que le système de guichet unique est l'une des trois meilleures composantes de pratique clinique pour un système de soins continus. Les deux autres composantes sont l'évaluation et le placement coordonnés, et la gestion de cas coordonnée que l'on retrouve souvent ensemble dans le cadre du guichet unique. Le système de guichet unique constitue l'approche recommandée à l'endroit de clientèles ayant des besoins complexes et à long terme ; le système actuel est, pour ces cas, caractérisé par des services fragmentés, un manque de coordination, des difficultés à identifier les services requis et à y avoir accès, et où les besoins en services requièrent différentes disciplines et sollicitent la contribution de différents secteurs (Hollander, 1999, CCNTA, 1995). Quoique le guichet unique soit surtout associé aux aînés fragilisés en perte d'autonomie, il a également été utilisé dans d'autres situations, par exemple, dans le Nord de l'Ontario avec des enfants en milieu rural ayant besoin de services de réadaptation (Shea et al., 1993). » (2001 : 24-25)

Larivière, Hockenstein et Montejo (2001) précisent également que « les gouvernements du Canada, des provinces et des territoires collaborent depuis plusieurs années afin de mettre en place des systèmes de guichet unique avec gestion de cas coordonnée. Ceci a débuté avec le Sous-comité fédéral, provincial et territorial sur les soins continus, qui a produit un rapport en 1992. Plus récemment, le Fonds pour l'adaptation des services de santé, de Santé Canada, a financé une vaste évaluation des systèmes de soins à domicile à travers le Canada dirigée par Hollander (1999). Le guichet unique, le placement et l'évaluation coordonnés, ainsi que la gestion de cas coordonnée sont des composantes-clés de la plupart de ces systèmes et constituent l'élément central du rapport. Comme le rapporte Hollander, des systèmes de guichet unique ont été mis en place et sont présentement en opération en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, à l'Île du Prince-Édouard et à Terre-Neuve, et sont en cours de développement en Ontario, au Québec, en Nouvelle-Écosse et au Yukon. La gestion de cas a été implantée un peu partout. Cette expérimentation de systèmes de guichet unique et de gestion de cas dans toutes les régions est fortement soutenue par le Conseil consultatif national sur le troisième âge (1995), qui recommande cette approche depuis 1990. » (2001 : 25) Dans leur évaluation de l'expérimentation par sept CLSC montréalais de la formule du guichet unique, ces auteurs mettent aussi en évidence les limites inhérentes à cet instrument (implantation différenciée, pas de définition unique de la clientèle, fardeau de tâche accru pour les gestionnaires de cas, difficultés particulières à joindre les personnes-cibles, etc.).

Dans le cas des services jeunesse, l'idée d'une porte d'entrée unique ne tient pas puisque l'expression des besoins des jeunes et de leur famille peut passer par l'accueil du CLSC, une clinique jeunesse, le milieu scolaire, un signalement fait à la DPJ, un organisme communautaire, etc. Si un guichet unique n'est pas réalisable, l'amélioration des mécanismes

de communication entre les partenaires et le développement d'un continuum de services permet toutefois de faciliter l'accès aux services appropriés.

INTRODUCTION

Après avoir expliqué les fondements des concepts qui sous-tendent les transformations recherchées et défini sommairement les concepts et les termes utilisés, nous allons maintenant tenter d'en préciser les modalités habituelles d'organisation et de fonctionnement.

Selon Neugeboren (1985), on reconnaît habituellement l'existence de trois grands niveaux de coordination :

1. *la discussion volontaire de cas* entre intervenants de ressources différentes ; elle se pratique sur une base informelle ou formelle et ne nécessite guère d'intervention des gestionnaires et des organisations dans la mesure où le client donne son accord pour que de tels échanges aient lieu, sans quoi la règle légale de la confidentialité risque de se poser comme un obstacle.
2. *le protocole* formel entre deux ou plusieurs organisations pour systématiser l'échange d'informations sur les besoins des clients.
3. *la coordination des programmes*. Cette troisième approche, plus rare que les deux premières et certainement plus complexe à mettre en place, requiert des transformations des pratiques et n'intervient généralement que lorsqu'une structure supérieure force un tel niveau d'intégration (Neugeboren, 1985). Toutefois, l'accord cadre entre les associations des Centres jeunesse et des CLSC/CHSLD commence à produire des ajustements de cette nature entre certains établissements soucieux d'ajuster davantage leurs pratiques au cas par cas.

Cette partie, consacrée aux aspects opérationnels, vise à rappeler les dimensions essentielles à la mise en application des concepts selon les

contextes spécifiques des clientèles et de la nature des services à leur rendre.

Comme la complexité propre à chaque expérimentation risque de nous éloigner de la finalité même de ce texte, qui est d'introduire les réseaux intégrés de services, nous éviterons de présenter des études de cas, ce que nous envisageons de faire dans une édition subséquente de ce texte.

LES CARACTÉRISTIQUES D'UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES

Un véritable réseau intégré de services nécessite un ensemble de caractéristiques qui en augmentent la cohérence et font en sorte que l'ensemble fonctionne mieux que la somme de ses composantes prises isolément, du point de vue de la satisfaction des besoins de la clientèle. Voici ces éléments caractéristiques :

- **un projet clair**. Un réseau intégré de services se constitue autour du constat que pour répondre adéquatement aux besoins d'une clientèle nécessitant une gamme complexe, graduée et flexible de services, il faut mettre en commun un ensemble de ressources qui dépassent les frontières organisationnelles habituelles et qui nécessitent des formes d'arrimage en vue d'obtenir une complémentarité satisfaisante. Un tel effort prend la forme d'un projet dans lequel les partenaires initiaux définissent clairement pourquoi et comment ils veulent coordonner leurs services et la clientèle visée.
- **auquel les partenaires adhèrent**. Les promoteurs initiaux forment généralement le noyau autour duquel le réseau se développera. Il

s'agit le plus souvent d'organismes les plus concernés par les besoins insatisfaits de la clientèle ou de la difficulté de coordonner les contributions complémentaires. Un réseau peut aussi être suscité par un bailleur de fonds désireux d'accroître l'efficacité des résultats obtenus avec son soutien financier. Le réseau ne prend forme que si les promoteurs réussissent à rallier l'adhésion des organisations entièrement ou partiellement concernées par leur projet (qu'il s'agisse d'établissements, de services publics ou d'organismes communautaires) à celui-ci. Cette étape cruciale nécessite des négociations, des éclaircissements, des ajustements et du temps. Mais un réseau décrété ne sera jamais très performant, de même qu'un réseau trop étendu où un grand nombre de partenaires ne se sentent que très partiellement concernés, et ne réussira jamais à véritablement intégrer ses services. Il est plus avantageux de relier les organisations périphériques à un réseau intégré de services par des ententes particulières.

- ***dans le cadre d'une structure souple.*** Les principales organisations concernées forment le noyau initial ou promoteur. Elles ont un rôle central et doivent consentir des efforts pour soutenir la dynamique du réseau et pour assurer sa coordination. L'entretien de celui-ci nécessite habituellement un mécanisme de liaison et un mécanisme de suivi et d'ajustement.
- ***s'appuyant sur un mécanisme de liaison.*** Les partenaires qui adhèrent à un réseau intègrent quotidiennement leurs services tout en conservant leur autonomie. Cela nécessite qu'ils se donnent des mécanismes de liaison : entente clarifiant les rôles respectifs, agents de liaison, outils communs d'évaluation, références personnalisées, regroupement de ressources dans des lieux partagés, formation en commun du personnel, équipe réunissant du personnel de deux ou de plusieurs ressources, etc.
- ***et pourvu d'un mécanisme de suivi et d'ajustement.*** Si la coopération est essentielle, sa réalisation quotidienne est rarement naturelle

dans des établissements habitués, depuis des décennies, à fonctionner à l'intérieur des frontières organisationnelles de leur mission respective. Le changement demande du temps et nécessite des efforts importants. Le suivi des pratiques quotidiennes et des difficultés qu'elles soulèvent met en valeur le besoin d'ajustements mutuels continus. Le fonctionnement d'un réseau intégré de services demande à être évalué pour que les partenaires accroissent leur perception des gains réalisés (pas toujours visibles) et s'outillent pour régler les difficultés inhérentes à une telle transformation.

En résumé, un réseau de services bien coordonnés comprend, selon Hjern et Porter (1981), un regroupement d'organisations (toutes celles qui contribuent à offrir des services à une clientèle), un noyau d'organisations (généralement au nombre de trois à cinq, celles qui sont les plus fréquemment impliquées dans les prestations de services et disposent des ressources les plus importantes pour celles-ci) et des structures de maintien du réseau (sans lien avec la prestation même des services comme des comités de travail, un comité directeur, une table de concertation, etc.).

QUELLES SONT LES CONDITIONS HABITUELLES DE RÉUSSITE ?

L'accès aux services et leur coordination ressortent comme des enjeux-clés. O'Brien et Bushnell (1980) décrivent dix caractéristiques normatives qui permettent le plein développement d'un réseau :

1. l'accès aux services pour la clientèle (par un guichet unique, une ligne téléphonique continue ou, inversement, par une multitude de points de services de divers types mais reliés entre eux) ;
2. l'information et la référence au service approprié ;
3. la responsabilité (confiée à une organisation ou partagée) pour le maintien, le développement et l'évaluation du réseau ;

-
4. l'existence de protocoles définissant les contributions réciproques ;
 5. la mise en place d'un système commun d'information de gestion sur les services à la clientèle ;
 6. le développement de liens entre les programmes de services ;
 7. la tenue d'événements assurant une visibilité au réseau de services ;
 8. des mécanismes de résolution des conflits ;
 9. des mécanismes pour les plaintes des usagers ;
 10. des canaux permettant de recevoir le feed-back du public sur le réseau de services.

En ce qui concerne la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie, le ministère de la Santé et des Services sociaux propose des principes pouvant guider l'amélioration des mécanismes d'accès et de suivi des personnes ayant des besoins de longue durée :

- « – Une réponse précoce aux besoins qui tient réellement compte de l'ensemble des besoins et des attentes des personnes en perte d'autonomie et de ceux de leurs proches. Cette approche devrait pouvoir minimiser l'intervention et la prise en charge uniquement en situation de crise.
- Une réponse aux besoins des personnes le plus possible à leur domicile ou dans un milieu qui s'en rapproche.
- Une réponse aux besoins dans une approche multi-établissements et multi-sectorielle, en tenant compte de l'ensemble des options disponibles.
- Un suivi régulier et systématique de la personne dans l'optique d'ajustement rapide à l'évolution de la situation. » (1991 : 77)

DES EXEMPLES CONCRETS DE MODALITÉS OPÉRATIONNELLES

La réussite des efforts de concertation de partenaires dont la culture organisationnelle et les pratiques professionnelles sont différentes nécessite un certain nombre de modalités facilitantes. Nous aborderons successivement les modes de liaison et les modes d'évaluation de la clientèle commune.

► Modes de liaison

Le mode choisi pourra varier selon la nature des besoins de la clientèle, les objectifs des organisations partenaires et la fluidité de leurs relations antérieures. Le mode choisi doit permettre de s'assurer que les difficultés qui surgiront pourront être traitées rapidement et avec un niveau raisonnable de satisfaction pour chacune des parties.

L'entente de services

Parmi les modalités fréquentes de liaison que se donnent les établissements publics (et plus rarement les organismes communautaires en lien avec ceux-ci), l'entente de services est certes la formule la plus connue. Précédée par des échanges, elle prend la forme d'un contrat bilatéral (entre deux partenaires) ou multilatéral (plus de deux partenaires) qui précise la finalité recherchée (pourquoi les partenaires se donnent cette entente), les rôles et les contributions de chacun et prévoit habituellement des modalités d'évaluation et de continuité de l'entente.

À titre d'exemple, une entente de services entre le Centre Rosalie Jetté et les CLSC du Plateau Mont-Royal et Saint-Henri a été établie avec comme objectifs de favoriser la référence des personnes dont la situation problématique nécessite un suivi en réadaptation, le maintien de la personne (mère-enfant) dans son milieu naturel et l'élaboration d'un plan conjoint de services. Un comité conjoint en a effectué le suivi. Cette collaboration a permis de réaliser des activités de formation,

d'évaluation, d'orientation, de support-conseil et d'ajustement mutuel (Association des centres d'accueil du Québec, 1993).

Le protocole de collaboration

Il s'agit d'un effort structuré de partenaires pour définir leurs rôles respectifs et se donner des modalités concrètes de travail en concertation. Ainsi, le *Protocole de collaboration DPJ/CLSC* de la région de Montréal (Larose, 1991) précise les mécanismes de collaboration entre les intervenants de la direction de protection de la jeunesse et ceux des CLSC à chacune des étapes de traitement des signalements (réception et traitement, évaluation et orientation).

Le protocole est généralement un document qui formule des orientations et il demande souvent d'être complété par un guide d'application ou la négociation de modalités concrètes lors de sa mise en application. Par contre, ce flou laisse une marge de manœuvre aux partenaires qui peuvent en profiter pour l'adapter à leur contexte particulier.

Le comité de liaison

Structure souple dont le Ministère soulignait déjà l'importance, en 1991, pour les personnes âgées en perte d'autonomie : « L'amélioration ou l'établissement de mécanismes formels de liaison et de concertation entre les C.H.S.C.D. et les C.L.S.C. L'organisation de cette collaboration entre les deux principales ressources de première ligne est indispensable pour une réponse continue et adaptée aux besoins des personnes ayant des besoins de longue durée [...]. » (1991 : 77)

De façon générale, un comité de liaison (souvent appelé comité conjoint) est une structure souple que deux organisations (ou davantage) se donnent en vue de mieux arrimer leurs services, de discuter de cas communs, etc. Ce comité se réunit à une fréquence déterminée (par exemple, une fois par mois) et regroupe alors soit les gestionnaires responsables pour chacun des organismes, soit des

intervenants à qui on a confié la tâche d'assurer la liaison avec le ou les partenaires.

L'agent de liaison

L'infirmière de liaison des centres hospitaliers constitue un exemple courant de cette modalité. Elle favorise un retour planifié à domicile en lien direct avec l'équipe responsable du soutien à domicile du CLSC du territoire concerné.

Depuis quelques années, les intervenants-pivots désignés dans un certain nombre de cas complexes et les gestionnaires de cas peuvent accomplir ce type de rôle avec leurs collègues (à l'interne) et des intervenants d'autres ressources (à l'externe).

Le plan de services individualisés (PSI)

La coordination des interventions cliniques repose sur le partage d'objectifs communs et la précision des contributions attendues de chacun des intervenants et des organismes partenaires. Elle nécessite également la préparation d'un PSI. Déjà, en 1991, le Ministère le soulignait pour les personnes âgées en perte d'autonomie : « L'élaboration d'un plan de services pour toutes les personnes pour qui on peut envisager un maintien à domicile ou en ressources intermédiaires. En plus de déterminer les services sociosanitaires requis, ces plans de services constituent un outil pour fixer des objectifs, déterminer des moyens pour les atteindre, définir les responsabilités des différents organismes et intervenants, établir des modalités de suivi, etc. Il importe à ce niveau que soit considérée la gamme complète des ressources disponibles dans le milieu : centre de jour, hôpital de jour, ressources intermédiaires, organismes communautaires... » (77-78)

Le PSI prend la relève du plan d'intervention préparé (idéalement avec le client) par un intervenant ou préparé avec les contributions respectives de plus d'un intervenant et alors le plus souvent discuté en comité multidisciplinaire. Un PSI n'est requis que lorsque la gravité et la

complexité de la situation du client nécessitent des interventions de plusieurs ressources.

L'intervenant-pivot ou principal

La relation établie avec la personne cliente et son réseau de soutien (si elle en a un) constitue un élément-clé du succès ou de l'échec d'une intervention. Celle-ci repose habituellement sur l'intervenant qui a réussi à établir la meilleure relation ou qui est la personne la plus significative dans le cadre de cette intervention. Nous parlons alors d'intervenant principal ou d'intervenant-pivot. « Un fonctionnement efficace suppose qu'un intervenant soit désigné pour chaque dossier comme responsable du suivi de la personne et la coordination des ressources mises à profit. » (Ministère, 1991 : 78)

► Modes d'évaluation

L'efficacité des interventions coordonnées repose sur un diagnostic complet et partagé. Pour harmoniser leurs perceptions des besoins du client, les intervenants doivent échanger entre eux de façon structurée et disposer d'outils communs d'évaluation.

L'évaluation multidisciplinaire

La mise en place ou la consolidation de mécanismes permettant l'évaluation complète et rapide de toutes les personnes ayant des besoins de services constitue une étape préalable à toute dispensation de services coordonnés. Les intervenants qui effectuent ces évaluations devraient idéalement être membres d'une équipe multidisciplinaire de façon à avoir le portrait le plus complet et le plus juste possible de la situation grâce à l'apport des diverses expertises. Leurs échanges leur permettront de développer une approche concertée de nature interdisciplinaire.

Des outils standardisés communs

Il est hautement souhaitable que de telles évaluations se réalisent avec un outil standardisé et efficace. Cela permettrait d'avoir rapidement une lecture partagée de la situation et de la façon de structurer la réponse clinique.

Des efforts importants sont en cours dans plusieurs régions du Québec entre les partenaires jeunesse pour se doter d'instruments communs d'évaluation de l'état ou des besoins de la clientèle. Ces outils ne dispensent pas les intervenants d'exercer leur jugement clinique ; tout au contraire, ils contribuent à nourrir leur connaissance des jeunes et à leur permettre de pousser davantage leur réflexion.

INTRODUCTION

Après avoir expliqué les fondements des concepts qui sous-tendent les transformations recherchées, défini ces concepts et les termes utilisés, précisé les modalités habituelles d'organisation et de fonctionnement, il nous reste à analyser sommairement les enjeux liés à cette transformation.

Cette partie nous permet de revenir sur un certain nombre de facteurs qui nous apparaissent particulièrement importants quels que soient les contextes où l'on tente d'implanter des pratiques concertées entre des partenaires, qu'ils soient institutionnels, professionnels ou communautaires.

QUELLES SONT LES CONTRAINTES PROPRES À UNE TRANSFORMATION DE CE TYPE DANS NOTRE CONTEXTE SOCIOSANITAIRE ?

Nos organisations évoluent dans un contexte sociétal qui peut être contraignant. Nous devons tenir compte de quatre facteurs majeurs : l'inadaptation de l'environnement politique aux exigences du nouveau contexte, le poids de nos propres structures organisationnelles et de nos fonctionnements professionnels, les habiletés requises pour assumer les nouveaux rôles de gestion et l'impact même du style de gestion de nos organisations.

Voyons plus en détail chacun de ces éléments :

- ***L'inadaptation de l'environnement politique aux exigences du nouveau contexte.*** L'environnement politique dicte son agenda et valorise des processus qui ne favorisent pas l'émergence de réseaux intégrés. Ainsi, l'approche de gestion du MSSS considère encore

chaque établissement comme une entité autonome qui doit équilibrer son budget, gérer et réduire sa liste d'attente, éviter les débordements à l'urgence, maintenir un niveau acceptable de performance avec des ressources limitées, etc.

- Il n'y a pas de reconnaissance ni de récompense explicites des conduites de concertation ; cela peut même contribuer à abaisser le niveau reconnu de performance d'un établissement en réduisant le nombre d'unités de mesure produites par son personnel, les activités de concertation n'étant pas comptabilisées. Le Ministère est politiquement sensible aux avis de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse, à l'impact de l'affaire Beaumont, aux rapports du vérificateur général dans le cadre du Projet Cendrillon, aux interventions du Groupe tactique d'intervention (GTI) dans les urgences et de l'équipe Lebon dans les Centres jeunesse.
- ***Les structures de nos organisations et de nos fonctionnements professionnels ne répondent pas aux exigences d'un fonctionnement en réseau.*** Elles sont encore organisées selon une approche fonctionnelle, s'appuyant sur le flux de la clientèle dans leur murs et sur les traditions établies. L'urgence hospitalière, par exemple, continue d'être un département comme les autres, alors que le pourcentage d'admissions par cette voie d'accès a augmenté considérablement à mesure que la médecine familiale traditionnelle disparaissait au profit des polycliniques.

Notre recherche sur l'implantation d'un guichet unique dans sept services de maintien à domicile de CLSC montréalais (Larivière, Hockenstein, Montejo, 2001) indique que ce n'est pas le modèle souhaité qui s'est imposé mais bien la force de la culture professionnelle ambiante. Mais on retrouve aussi des initiatives

intéressantes ; par exemple, dans son plan de transformation, le Centre hospitalier Louis-Hippolyte-Lafontaine prévoit bâtir un lien entre les ressources internes et les équipes territoriales externes.

L'autre aspect inquiétant est la faible préparation des intervenants et des gestionnaires aux pratiques interdisciplinaires et aux relations interorganisationnelles. Dans le cas des partenaires CJ/CLSC, la formation *Travaillons ensemble*, là où elle fut donnée, aura certainement contribué à améliorer cet aspect mais il faudra en mesurer l'impact sur le terrain dans les prochaines années et ne pas oublier que le taux de rotation sur les postes (départs à la retraite, taux élevé d'absentéisme, etc.) nécessitera le renouvellement de cet effort aux trois ou aux quatre ans.

- ***Les nouveaux rôles attendus des gestionnaires nécessitent une mise à niveau de leurs habiletés et de leurs connaissances.*** Pratiquer la concertation, développer des projets en partenariat, gérer des réseaux intégrés de services constituent des nouveaux rôles de gestion. Ces habiletés ne faisaient pas partie du curriculum enseigné il y a 10 ou 20 ans. C'est pourquoi il faut aujourd'hui sensibiliser les gestionnaires actuels et la relève à ces concepts et aux exigences propres à leur mise en œuvre.

Les gestionnaires ont développé tout naturellement des habitudes de gestion qui renforcent le modèle des frontières organisationnelles. Les cadres supérieurs doivent maintenant faire preuve de leadership politique, permettre et encourager les projets innovateurs et l'initiation des pratiques de réseaux, définir et accompagner le changement tout en continuant de gérer le quotidien. Les cadres intermédiaires doivent disposer de plus d'autonomie, faire preuve de créativité et mener des opérations structurantes (projets, protocoles, etc.). Les

intervenants deviennent des agents des pratiques quotidiennes ; ils doivent se former au travail en équipe multidisciplinaire avec une perspective d'intervention interdisciplinaire, s'ouvrir à l'évaluation formative qui mesure les impacts de leur pratique, se donner des plans de services individualisés, accepter que des collègues, ou eux-mêmes, agissent comme gestionnaires de cas, etc.

- ***Les styles de gestion de nos organisations ont aussi un impact déterminant sur la collaboration interorganisationnelle.*** Les employés souhaitent simplement avoir des conditions qui leur permettent de bien faire leur travail. Ce qui est facilitant est bien connu : l'autonomie encourage l'intrapreneurship, l'amélioration de la qualité et des processus ; le soutien permet de faire face aux conditions stressantes et à un fardeau accru de tâches. La reconnaissance du travail accompli constitue aussi un puissant facteur de motivation. Inversement, ce qui est handicapant, c'est la lourdeur bureaucratique et le contrôle sous toutes ses formes.

La collaboration interorganisationnelle est directement influencée par le style de gestion des organisations impliquées car il crée un climat organisationnel propice (par exemple en donnant une marge de manœuvre aux cadres de premier niveau et aux équipes de travail) ou constitue, au contraire, un obstacle à la collaboration interorganisationnelle (par exemple, dans les organisations axées sur le contrôle, les procédures bureaucratiques, etc.) (Glisson, Hemmelgarn, 1998).

Les organisations qui visent à accroître la qualité de leurs relations interorganisationnelles doivent inscrire cette volonté dans une perspective d'amélioration continue. Or, pour l'atteinte d'un tel résultat, des phénomènes comme l'existence d'un style de gestion traditionnel, l'absence ou l'insuffisance de soutien organisationnel au personnel, un

repli corporatiste de certains intervenants ou l'interprétation étroite de leur description de tâches, constituent des obstacles importants. Ils introduisent des rigidités qui empêchent tout progrès vers l'adaptation dynamique des contributions respectives des intervenants, des équipes et des organisations concernées par les besoins d'une clientèle commune. Chaque organisation doit se préoccuper d'identifier avec son personnel les zones possibles d'amélioration (notamment par les comités paritaires liés sur le plan du développement des ressources humaines (PDRH)³, les conseils professionnels (Conseil multidisciplinaire, Conseil des infirmières et infirmiers, Conseil des médecins, pharmaciens et dentistes, etc.), les réunions d'équipe, l'approche des cercles de qualité, etc.) et de se donner un plan d'action réaliste.

Les équipes semi-autonomes de travail⁴ peuvent aussi contribuer à l'atteinte d'un objectif de souplesse. À la différence des équipes traditionnelles, soumises à la gestion directe d'un supérieur hiérarchique, l'équipe semi-autonome de travail est un regroupement fonctionnel d'employés bien entraînés et totalement responsables (« *self directed* ») d'accomplir une gamme bien définie de services ou de tâches. Chacun de ses membres partage une responsabilité égale dans la réalisation de sa mission, peut intervenir dans le choix des moyens et dans l'organisation du travail et doit contribuer à la résolution des problèmes rencontrés. Le bon fonctionnement de telles équipes requiert des employés hautement motivés, flexibles et désireux de collaborer avec des collègues de différentes disciplines. La marge de manœuvre accrue dont disposent leurs membres contribue à leur

procurer une motivation intrinsèque plus grande et à leur donner la possibilité d'innover et d'ajuster leurs pratiques sur celles de leurs partenaires, qu'ils soient internes ou externes à l'organisation qui les emploient. Ces équipes sont dites « semi-autonomes » en raison du fait que les gestionnaires déterminent le cadre de leur action et évaluent les résultats obtenus avec l'équipe ; toutefois, en dehors de ces processus d'orientation et d'évaluation, les équipiers assument collectivement la responsabilité de la réalisation de ces tâches.

QUELLES SONT LES LIMITES OU LES ÉCUEILS POSSIBLES ?

Notre analyse des enjeux nous conduit nécessairement à une mise en garde. Il ne suffit pas de formuler un excellent projet de concertation pour que les relations partenariales changent et que la clientèle bénéficie de meilleurs services. Entreprendre une telle démarche constitue un projet de changement, souvent d'envergure, dans un contexte qui est lui-même porteur de contraintes importantes dans lequel notre désir d'obtenir rapidement des résultats significatifs peut s'avérer piégeant. Voilà pourquoi nous avons tenté de résumer, au terme de ce document, un certain nombre de risques qui guettent ceux qui veulent passer à l'action afin de les sensibiliser et, lorsque cela s'avère possible, de leur proposer des choix moins risqués.

► Limites propres au changement

Le changement constitue un premier niveau de risque. Pour qu'il devienne une réalité il nous faut faire une série d'efforts préalables qui sont souvent escamotés ou font l'objet d'une démarche de préparation inadéquate dans de nombreux projets. Au-delà de cet effort initial, pour réussir un changement significatif, il faut aussi que ces efforts se poursuivent tout au long du processus de changement qui doit être accompagné, puis évalué.

³ Conçu comme un apport significatif de la réforme initiée par le ministre Rochon il y a une dizaine d'années, le PDRH demeure malheureusement sous-utilisé par plusieurs établissements et cela, malgré le fait qu'un article de la loi les oblige à s'en donner un et à le réviser annuellement en consultation avec les représentants du personnel.

⁴ Roy, Mario ; Guindon, Jean-Charles ; Bergeron, Jean-Louis ; Fortier, Lucie ; Giroux, Danielle (1997). *Équipes semi-autonomes de travail. Recension d'écrits et inventaire d'expériences québécoises*. Rapport de l'activité 97-005 ; Institut de recherche en santé et sécurité au travail.

Il y a des efforts préalables à faire

En termes de

- planification du processus avec les acteurs concernés
- information (plan de communication)
- appropriation par les personnes concernées
- formation sur mesure
- adhésion d'un nombre significatif des acteurs concernés

Appuyés par des efforts continus

- suivi (*monitoring*) du changement
- ajout de ressources de transition et (si besoin) de liaison
- soutien actif des supérieurs immédiats et des directions des établissements
- réévaluation périodique (aux trois mois durant la phase d'implantation ; annuellement par la suite)

▮ Limites propres au contexte du changement

Notre première mise en garde portait sur le processus même de changement. Il n'en demeure pas moins que ce changement qui est visé se produira dans un contexte spécifique qui pose aussi de multiples contraintes aux agents de changement. Dans un contexte de protection de la jeunesse, le caractère juridique sans lequel baignent une partie des services constitue certainement un enjeu de plus. À partir du moment où la perspective de collaboration dépasse les rapports CJ/CLSC, nous abordons l'intersectorialité, ce qui peut générer une série de chocs interculturels qui demanderont des périodes d'approvisionnement respectif. À cela s'ajoutent les idéologies et les valeurs des personnes et des organisations, les inégalités dans le statut social des acteurs, la fragmentation et la fragilité de certains de ces acteurs (par rapport à la dimension impressionnante et aux moyens de certains autres) et le niveau très inégal d'implication des différents acteurs sollicités par le continuum.

Environnement juridique

- autonomie et personnalité des juges
- droits des personnes
- lourdeur et rigidité des processus
- intérêts des avocats

Multiples chocs culturels

- milieu policier
- milieu scolaire
- centres de la petite enfance
- secteur communautaire
- etc.

Idéologies et valeurs

- autonomie du communautaire
- différences d'approches

Inégalités du statut social des acteurs

- bénévoles
- intervenants communautaires
- intervenants en voie de professionnalisation
- professionnels
- professionnels en pratique privée

Fragmentation et fragilité de certains acteurs

- CPE
- organismes communautaires
- organismes bénévoles

Niveau d'implication très varié des acteurs dans le continuum

- occasionnel/fréquent/constant
- accessoire/central
- apporter un éclairage, faire une référence, procéder à une évaluation, prendre des décisions de services
- occuper une position centrale versus être périphérique
- relations bilatérales versus multilatérales

► Erreurs possibles et voies de solution

À partir de la littérature, de la recherche sur l'implantation de l'entente cadre CJ/CLSC et de notre expérience pratique, nous avons cerné quatre type d'erreurs possibles et notre réflexion nous a conduit à formuler des solutions pour chacune d'entre elles :

Les erreurs possibles

Les solutions possibles

Généralisation hâtive

Procéder par étapes. Par exemple :

- 1. les CJ/CLSC (base)
- 2. le milieu scolaire (MSSS/MÉQ)
- 3. les centres de la petite enfance
- 4. la sécurité du revenu
- 5. la santé mentale
- 6. le secteur communautaire
- 7. les corps de police
- 8. etc.

Expérimentation, suivie d'une évaluation et de la diffusion des bonnes pratiques

Imposition

- **Émergence d'une volonté concertée** des acteurs concernés
- Soutenue et encouragée

Modèle unique

- **Principes communs et modalités variables**, selon
 - les territoires
 - les problématiques

Guichet unique

(en jeunesse versus une multiplicité de besoins différents et des clientèles variées)

- **Noyau central dynamique**
- Ententes bilatérales et multilatérales
- Mécanismes de liaison et de coordination
- Équipes territoriales

Références bibliographiques

Association des centres d'accueil du Québec (1993), *Pour une action concertée auprès des mères en difficulté d'adaptation : quelques expériences pilotes*, Montréal.

Association des hôpitaux du Québec (1995a). *Pour mieux travailler ensemble : une vision renouvelée de réseaux intégrés de soins et de services*, Montréal.

Association des hôpitaux du Québec (1995b). *Cadre de référence sur la reconfiguration*, Montréal.

Bélanger, J.-P. (1987). *La concertation dans le réseau des services de santé et des services sociaux du Québec*, Québec : rapport de recherche de la Commission Rochon.

Béliveau, J.-P.; Gagnon, Y.; Gélinas, A., (1990), *Enjeux et prise en charge de la concertation en violence conjugale : l'itinéraire d'une table de concertation*, Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.

Brennan, J.P., Kaplan, K. (1993). « Setting new standards for social work case management ». *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 44, no 3, 219-222.

Brunet, M. (1978). « Le professionnalisme, obstacle au changement social ; un cas type : l'équipe multidisciplinaire en santé », *Recherches sociographiques*, 19 (2), mai-août, 261-269.

Clair, M. (2000). *Les solutions émergentes*, rapport et recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec.

CLSC Centre-ville (1993). *Le CLSC Centre-ville : partenaire des groupes communautaires*, Montréal : CLSC Centre-ville.

Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) (1995). *La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s : progrès, et défis*, Ottawa.

Cyr, M. (1994). *Exploration des mécanismes de collaboration entre les Centres jeunesse de Laval et le milieu*, Montréal : École de service social, Université de Montréal.

Dussault, G. (1986), « La collaboration interprofessionnelle. Une utopie ? », *Artère*, 4 (3), 17-18.

Favreau, L., Hurtubise, Y. (1993). *CLSC et communautés locales : la contribution de l'organisation communautaire*, Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Fédération des CLSC et Fédération de la réadaptation en déficience physique du Québec (1995). *Liens de complémentarité entre CRPDP et CLSC*, Montréal : FCLSC et FRDPQ.

Fédération québécoise des CHSLD (1996). *Pour une complémentarité et une continuité des services offerts par les CHSLD et les CLSC à la clientèle à domicile*, Montréal.

Fontan, J.-M., Lévesque, A. (1992). *Initiation au développement économique communautaire : expériences pertinentes et études de cas*, Montréal : Institut de formation en développement économique communautaire.

Fortin, J.-P., Groleau, G., Lemieux, V., O'Neill, M., Lamarche, P. (1994). *L'action intersectorielle en santé : rapport final*, Québec : Université de Laval et Direction générale de Santé publique de Québec.

-
- Glisson, C., Hemmelgarn, A. (1998). « The effects of organizational climate and interorganizational coordination on the quality and outcomes of children's services », *Child Abuse & Neglect*, 22 (5), 401-421.
- Hasenfeld, Y. (1983). *Human Service Organizations*, Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Hjern, B., Porter, D. (1981). « Implementation structures: A new unit of administrative analysis », *Organization Studies*, 2, 311-327.
- Hollander, M.J. (1999). Best practices and innovations in home care. Dans *Home care for the new millennium: Building a smarter system*, Toronto, Insight Press, 25-66.
- Hollander, M.J. et Walker, E.R. (1998). *Report of continuing care organization and terminology*. Ottawa, Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Kane, R. (1990). « Case management and the assessment of the elderly. » Dans *Improving the health*, sous la direction de J.G. Evans et D. MacFayden, New York, Oxford University Press.
- Katz, F., Rosenzweig, J. (1973). *Contingency views of organization and management*, Chicago: SRA.
- Kosberg, J. (1992). « An Overview of Case Management for the Elderly in the United States », *Hong Kong Journal of Gerontology*, 6 (1), 13-21.
- Lamoureux, J. (1994). *Le partenariat à l'épreuve: l'articulation paradoxale des dynamiques institutionnelles et communautaires dans le domaine de la santé mentale*, Montréal: Éditions St-Martin.
- Larose, A. (1991). *Protocole de collaboration DPJ/CLSC*, Montréal: Conseil régional de la santé et des services sociaux.
- Larivière, C., Hockenstein, E., Montejo, M.E. (2001). Implantation du guichet unique dans sept CLSC montréalais, Institut de gérontologie sociale/CLSC.
- Lebeau, A., Viens, C. (1991). « L'exercice du partenariat: une analyse exploratoire à travers le développement d'un service d'intervention de crise dans le territoire du Haut-Richelieu », *Santé mentale au Québec*, 16 (2), automne, 121-138.
- Leblanc, S. (1983). « Une expérience de concertation régionale dans les Hautes Laurentides », *Administration hospitalière et sociale*, 29 (3), mai-juin, 20-26.
- Lobet-Maris, C. (2001). « Guichet unique, réalité plurielle. Résultat d'enquête européenne », *Gestion* (à paraître).
- Macfarquhar, K.W., Dowrick, P.W., Risley, T.R. (1993). « Individualizing services for seriously emotionally disturbed youth: a nationwide survey », *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 20, no. 3, January, p.165-174.
- Mangen, S.P., (1994). « Continuing care: an emerging issue in European mental health policy », *International Journal of Social Psychiatry*, 40 (4), 235-245.
- Marriott J., (1996). Cité dans: Nguyen, H., Tremblay, M., Turgeon, J., *Enjeux politiques et méthodologiques*, Québec, Les Publications du Québec.
- Meyer, J., Rowan, B. (1977). « Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony », *American Journal of Sociology*, 83, 340-363.
- Ministère de la Santé et des services sociaux (1991). *Les mécanismes régionaux d'orientation et d'admission: description de la clientèle et évaluation du processus décisionnel*, Québec.
- Morrow-Howell, N., (1992). « Clinical Case Management: The Hallmark of Gerontological Social Work », *Journal of Geriatric Social Work*, 18 (3/4), 119-131.

-
- National Association of Social Workers (NASW) (1992). *NASW Standards for Social Work Case Management*, <http://naswdc.org/practice/standards/casemgmt>
- Neugeboren, B. (1985). *Organization, police and practice in the human services*, New York : Longent.
- O'Brien, G., Bushnell, J. (1980). « Interorganizational behavior », In S. Feldman (Ed.), *The administration of mental health services*, Springfield (Ill.) : Charles Thomas.
- Panet-Raymond, J., Bourque, D. (1991). *Partenariat ou Pater-nariat? : la collaboration entre établissements publics et communautaires oeuvrant auprès des personnes âgées à domicile*, Montréal : École de service social, Université de Montréal.
- Parsons, R., Jorgensen, J., Hernandez, S. (1994). *The Integration of Social Work Practice*, Pacific Grove (Calif.) : Brooks/Cole.
- Peck, J.S., Sheinberg, M., Akamatsu, N. (1995). « Forming a Consortium : A Design for Interagency Collaboration in the Delivery of Service following the Disclosure of Incest », *Family Process*, 34 (3), 287-302.
- Quiviger, C. (1987). *Quelques conditions de la concertation*, exposé présenté à la deuxième conférence de Centraide Montréal.
- Raelin, J. (1982). « A Policy Output Model of Interorganizational Relations », *Organizations Studies*, 3, 243-267.
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (1991), *Le choc des cultures*, Montréal : RRASMQ.
- Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM) (1995). *Et si on parlait de santé et de bien-être!* Montréal : RIOCM.
- Reid, W. (1965). « Inter-agency coordination in delinquency prevention and control ». In M. Zald (Ed.), *Social welfare institutions*, New York : Wiley.
- Rodwin, V. (1989). « New Ideas for health policy in France, Canada, and Britain », in : Field, M., *Success and Crisis in National Health Systems: A Comparative Approach*, New York/London : Routledge, 265-285.
- Rossi, R., Gilmartin, K., Dayton, C. (1982). *Agencies working together : A guide to coordination and planning*, Beverly Hills : Sage.
- Schneider, R. (1989). *Gestion par concertation*, Montréal : Agence d'Arc.
- Shea, M.P., Salhani, D.P., Lewko, J.H., Boschen, K.A., Flynn, R.J. et Volpe, R. (1993). Integrated services for northern children : A network out-reach program for children with multiple service needs. *Canadian Journal of Rehabilitation*, no 4, 230-237.
- Stoecke, J. (1995). « The Citadel Cannot Hold : Technologies Go Outside the Hospital, Patients and Doctors Too », *The Milbank Quarterly*, 73 (1), 3-17.
- Wimpfheimer, R., Bloom, M., Kramer, M. (1990). « Inter-Agency Collaboration : Some Working Principles », *Administration in Social Work*, 14 (4), 89-102.

5.

***Le monitoring du partenariat :
les indicateurs***

Le monitoring du partenariat : les indicateurs liés à l'implantation de l'entente-cadre CLSC-CJ

Afin de soutenir les régions dans l'avancement des travaux de partenariat CLSC et centres jeunesse, le comité conjoint a travaillé au développement d'indicateurs permettant de fournir une information utile à l'ensemble des gestionnaires et des équipes terrain quant à l'évolution du continuum de services. Ces indicateurs s'appliquent au partenariat CLSC et centres jeunesse mais pourraient être adaptés pour inclure d'autres collaborateurs.

Deux types d'indicateurs sont formulés : les indicateurs de gestion (globaux) et les indicateurs clientèle (CJ et CLSC). Bien qu'il n'existe pas de normes désirables en regard des indicateurs identifiés, ceux-ci devraient permettre de suivre l'évolution du partenariat d'année en année. La grille présente la liste des indicateurs, les éléments d'analyse et les responsabilités des partenaires en ce qui a trait à la compilation des données, l'analyse des résultats et le suivi des collaborations.

Indicateurs de gestion

Indicateurs : chaque indicateur doit être Formalisé/Connu/Actualisé/Pertinent	Grille d'analyse	Responsabilité
Entente régionale entre les CLSC et le Centre jeunesse révisée annuellement.	Pour suivre le développement des pratiques. Pour adapter l'entente en fonction des gains réalisés sur le terrain.	Comité régional de suivi.
<ul style="list-style-type: none"> • Mécanisme de suivi ; • local : % de territoires CLSC couverts ; • régional. 	Pour assurer le développement du partenariat CLSC-CJ et des pratiques réseau. Pour agir comme agent de facilitation. Pour régler les litiges.	Comité de suivi : – local : CLSC et CJ ; – régional : les établissements avec la région régionale.
Structure de concertation jeunesse <ul style="list-style-type: none"> • locale : % de territoires CLSC couverts ; • régionale. 	Concertation intersectorielle qui permet la coordination de l'offre de services jeunesse.	Responsabilité locale au CLSC. Responsabilité régionale aux régions.
Mécanismes d'accès et de liaison (local ou régional) : <ul style="list-style-type: none"> • % de territoires CLSC couverts. 	Pour permettre les références personnalisées bi-directionnelles. Pour faciliter l'accessibilité et aplanir les difficultés.	Les comités de suivi s'assurent de leur existence.
Formations communes : <ul style="list-style-type: none"> • nombre d'intervenants ; • nombre de formations. 	Pour le développement d'un cadre de compréhension commun. Pour le partage et la mise à jour des connaissances. Pour une reconnaissance mutuelle des expertises. Pour favoriser les échanges.	Comité régional de suivi en collaboration avec les régions régionales.

Indicateurs clientèle

Indicateurs	Grille d'analyse ; l'indicateur doit être : Formalisé/Connu/Actualisé/Pertinent	Responsabilité
Références personnalisées : • Nombre de situations ayant fait l'objet d'une référence personnalisée.	Pour mettre en présence les intervenants CLSC et CJ ainsi que les clients ; Pour assurer la complémentarité et la continuité des services ; Pour faciliter les démarches pour la clientèle.	Les établissements à partir d'une cueillette de données. Données recueillies par les établissements et acheminées aux comités de suivi.
Information fournie annuellement sur les problèmes jeunesse identifiés comme prioritaires par territoire de CLSC.	Pour aider les CLSC à planifier et mettre en place des activités promotionnelles et de prévention pertinentes sur un territoire donné. Le CJ joue un rôle de vigilance concernant certaines problématiques. Il partage l'information qui permet d'ajuster certaines activités de promotion et de prévention (faire connaître les facteurs de risque et de protection)	Le Centre jeunesse fournit l'information par territoire de CLSC.
Activités de prévention : • Nombre d'activités dispensées par le CJ à la demande du CLSC.	Pour une utilisation optimale de l'expertise du CJ.	Le Centre jeunesse Données recueillies par le Centre jeunesse et acheminées aux comités de suivi.
Signalements CLSC : • Nombre et taux de rétention des signalements faits par le CLSC.	Pour vérifier l'accessibilité des services ; Pour s'assurer d'une bonne compréhension du concept de protection et du rôle du CJ ; Pour une utilisation plus pertinente du processus de signalement.	Données recueillies par le Centre jeunesse et acheminées aux comités de suivi.
Intervention CLSC : • % de dossiers où les CLSC ont fourni une intervention en cours d'évaluation du signalement.	Pour assurer les services requis.	Données recueillies par le CJ et acheminées aux comités de suivi.

Suivi des indicateurs

**L'entente entre les CLSC et le Centre jeunesse doit être révisée annuellement.
Nous suggérons les indicateurs suivants pour en suivre l'évolution :**

INDICATEURS DE GESTION				
	Formalisé	Connu	Actualisé	Analyse
<ul style="list-style-type: none"> • Mécanisme de suivi; • local : % de territoires CLSC couverts; • régional. 				
Structure de concertation jeunesse <ul style="list-style-type: none"> • locale : % de territoires CLSC couverts; • régionale. 				
Mécanismes d'accès et de liaison (local ou régional) : <ul style="list-style-type: none"> • % de territoires CLSC couverts. 				
Formations communes : <ul style="list-style-type: none"> • nombre d'intervenants; • nombre de formations. 				

INDICATEURS CLIENTÈLE

	Formalisé	Connu	Actualisé	Analyse
Références personnalisées : • Nombre de situations ayant fait l'objet d'une référence personnalisée.				
Information fournie annuellement sur les problèmes jeunesse identifiés comme prioritaires par territoire de CLSC.				
Activités de prévention : • Nombre d'activités dispensées par le CJ à la demande du CLSC.				
Signalements CLSC : • Nombre et taux de rétention des signalements faits par le CLSC.				
Intervention CLSC : • % de dossiers où les CLSC ont fourni une intervention en cours d'évaluation du signalement.				

6.

***Balises sur les notions de
volontariat et d'autorité***

Fiche clinique sur les notions de volontariat et d'autorité

Mandat donné par :

L'Association des Centres jeunesse du Québec

L'Association des CLSC et des CHSLD du Québec

Membres du comité de travail :

Pour les CLSC-CHSLD

Madame Isabelle Lachaine, CLSC Trois-Vallées

Directrice des services à la clientèle et des programmes

Monsieur François Lamy, CLSC Montérégie

Pour les Centres jeunesse

Monsieur Guy Rivest, CJ Lanaudière

Chef de service AEO pour la région Nord et responsable de l'encadrement
pour le service Urgence Sociale

Monsieur Michel Bouffard,
Centre jeunesse du Québec

Conseiller au développement de la pratique professionnelle,
Direction du développement de la pratique professionnelle

Pour l'Association des Centres jeunesse

Monsieur Luc Vermette,

Coordonnateur, secteur Protection de la jeunesse

INTRODUCTION

La présente fiche clinique est le résultat d'une réflexion menée par les membres d'un comité conjoint CLSC – CJ. Ce comité avait pour mandat de proposer un cadre de compréhension commun des notions de volontariat et d'autorité qui tiennent compte de nos missions respectives et de nos rôles et responsabilités spécifiques et complémentaires.

Dans un premier temps, nous exposons les motifs de ce travail conjoint de réflexion sur les notions de volontariat et d'autorité, puis nous situons où, dans l'entente cadre CLSC - CJ., une telle réflexion prend tout son sens. En terminant, nous proposons une définition de ce qu'est un client volontaire et établissons les paramètres d'une compréhension commune de l'intervention d'autorité, et en particulier, de l'intervention d'autorité du DPJ. Nous pensons que ce cadre de compréhension commun devrait permettre d'éliminer certains irritants qui nuisent à l'établissement d'une saine collaboration entre nos établissements respectifs.

POURQUOI UNE FICHE CLINIQUE SUR CES NOTIONS DE VOLONTARIAT ET D'AUTORITÉ ?

Parce qu'un débat existe entre nous intervenants des CLSC et intervenants des CJ (DPJ), dans le cas par cas de nos signalements ou de nos références, sur le fait de savoir si tel usager est volontaire ou s'il ne faudrait pas plutôt intervenir d'autorité. Cette intervention d'autorité plusieurs la voient comme judiciaire. Chacun défend alors le point de vue que « le cas » appartient de droit à l'autre. Ces discussions mènent régulièrement à des impasses.

Parce que chacun définit à sa manière, parfois selon ses valeurs ou ses croyances, ce qu'est un client volontaire ou une intervention d'autorité. Aussi, ce qui est volontaire pour l'un, ne l'est pas forcément pour l'autre ; ou ce qui requiert une intervention d'autorité pour l'un, ne la requiert pas nécessairement pour l'autre.

Parce que parfois nous tentons de définir le cadre légitime d'intervention de l'autre et ce que devrait faire l'autre, de façon à justifier notre décision de ne pas ou de ne plus intervenir. Il semble y avoir un seuil, en lien avec ces notions de volontariat et d'autorité, en deçà ou au-delà duquel la décision est prise de fermer le dossier, de référer la situation à quelqu'un d'autre ou de la signaler au DPJ.

Parce que le recours à ces notions de volontariat ou d'autorité masque parfois certains problèmes liés à nos pratiques et aux conditions de nos pratiques. Pensons au manque d'encadrement clinique ou d'expertise clinique, dans nos CLSC ou nos CJ, devant certaines problématiques particulièrement complexes. Pensons au recours non approprié à l'intervention du DPJ pour résoudre un problème de ressource ou pour garantir l'accès à des services. Pensons à une certaine culture organisationnelle où le fait d'être volontaire devient la condition d'accès à des services dans nos CLSC ou le fait de ne pas l'être, la condition d'accès au DPJ. Ces problèmes sont la source de nombreuses frustrations qui alimentent des jugements défavorables de part et d'autre. Un climat de méfiance s'ensuit et ce climat nuit à l'établissement, entre nous, d'une saine collaboration.

Si nous ne faisons pas l'effort de partager le même point de vue commun sur le sens à donner aux expressions *un client volontaire* ou *une intervention d'autorité* et particulièrement à l'expression *l'intervention d'autorité du DPJ*, ce débat va persister et miner nos énergies. À défaut de s'entendre sur ces notions, le cadre CLSC - CJ, que d'aucuns décrivent pourtant comme un modèle du genre, ne pourra pas permettre d'allier nos efforts pour venir efficacement en aide aux enfants, aux jeunes et à leur famille.

L'ENTENTE CADRE CLSC - CJ

C'est le besoin d'agir en concertation pour venir en aide aux enfants, aux jeunes et à leur famille qui a présidé à l'élaboration de l'entente cadre CLSC - CJ. Cette entente cadre établit clairement le partage des responsabilités entre CLSC et CJ (DPJ) et définit les rôles spécifiques et complémentaires de chacun. Elle identifie les fonctions – l'Accès, la Promotion, la Prévention et le Traitement – permettant de répondre aux différents besoins de service. Pour chacune de ces fonctions de service, elle précise qui est le porteur du mandat et établit clairement la zone de collaboration de chacun.

L'une de ces fonctions de service, la Protection, a ceci de particulier : elle détermine qui, du CLSC ou du CJ, va assumer le rôle de porteur du mandat pour l'Accès ou le Traitement. La Protection réfère à l'application de la LPJ ou de la LJC. Or, pour ce qui est de l'Accès et du Traitement, TANT ET AUSSI LONGTEMPS que la situation ne relève pas de la LPJ ou de la LJC, l'entente cadre stipule que le CLSC est le porteur du mandat. La Protection fait souvent l'objet, entre nous, d'échanges parfois musclés sur le fait de savoir qui, du CLSC ou du CJ (DPJ), devrait assumer la prise en charge du cas.

À l'Accès, au Traitement ou en Protection, nous sommes appelés à intervenir auprès de certains usagers (enfants, jeunes ou parents) plus ou moins volontaires ou dont la situation voisine le besoin de protection. Pour toutes sortes de raisons, nous pouvons être tentés de les référer au CLSC ou au CJ (via le DPJ), pour assumer la suite des interventions. La présente fiche clinique vise à permettre une plus grande clarté dans nos propos et un meilleur entendement commun lors de ces situations de signalement ou de référence. Ceci devrait faciliter l'exercice de nos responsabilités respectives, dans le respect de ce que chacun a à faire.

LE CADRE DE COMPRÉHENSION COMMUN

► Un client volontaire

Nous avons de nombreuses discussions entre nous sur le sens à donner à l'expression « *un client volontaire* ». Souvent, nous définissons le volontariat d'un enfant, d'un jeune ou d'un parent, selon l'intérêt, pour ne pas dire l'inspiration, du moment.

Certains d'entre nous pensons au volontariat comme à un devoir de l'usager donnant un droit d'accès à nos services. Nous agissons comme si l'enfant, le jeune ou le parent devait montrer, à notre satisfaction, qu'il veut vraiment de notre aide. S'il ne parvient pas à nous convaincre de son volontariat, alors nous disons de lui qu'il est non volontaire. Face à quelqu'un de non volontaire, nous prenons rapidement la décision de refuser ou de retirer notre aide ou de référer la situation au DPJ.

Pourtant, rien dans nos lois oblige l'enfant, le jeune ou le parent, à un tel devoir de volontariat. Par contre, ces mêmes lois énoncent comme principe fondamental que l'usager est un sujet de droits. Au nombre de ses droits, l'usager a le droit de recevoir des services adéquats et de qualité ; il a le droit d'être dûment informé et consulté ; il a le droit de donner ou de refuser librement un consentement éclairé.

Ces droits, notre société les considèrent comme absolus. Nul ne peut déroger à ces règles de droit habituelles. Nous le verrons plus loin, seul le DPJ a ce pouvoir, à certaines conditions et dans certaines situations, d'exception définies par la LPJ.

Ces droits définissent, dans nos pratiques, des standards d'intervention et nous obligent à un certain devoir. Ces droits obligent à recevoir les demandes d'aide ou de services de l'usager. Ils obligent à rejoindre l'usager pouvant requérir de tels services et à évaluer ses besoins. Sur le plan scientifique, social ou humain, ils obligent à offrir à l'usager des services adaptés à sa situation là où de tels services sont requis. Ces droits obligent aussi à consulter ou à informer adéquatement l'usager

sur son état, sur sa situation, sur les options d'aide qui s'offrent à lui et sur les implications inhérentes au choix de ces options. Ils obligent donc à le consulter et à l'informer d'une manière telle qu'il pourra donner ou refuser librement son consentement éclairé. En bref, ces droits obligent à des interventions de qualité. À ce titre, ils interpellent notre responsabilité personnelle en tant qu'intervenant et celle de nos établissements.

Au moment de prendre une décision sur le fait d'offrir ou de poursuivre les services, ou, lors de ces discussions pour décider qui va s'occuper du cas, nous référons au volontariat de l'utilisateur tantôt pour signifier sa motivation, tantôt pour indiquer sa volonté. Cette distinction, nous ne la faisons pas toujours clairement, ce qui ne va pas sans créer de nombreux malentendus entre nous. Or la motivation et la volonté ne sont peut-être pas les meilleurs indicateurs pour décider de la nature des services à offrir ou du maintien ou retrait de ces services, ou pour en référer au lors d'une démarche de signalement. Le vouloir d'une personne demeure étroitement lié à sa motivation. La volonté et la motivation s'avèrent souvent imprévisibles particulièrement devant une exigence de changement.

La *motivation* réfère à « l'action des forces (conscientes ou inconscientes) qui déterminent le comportement » d'une personne. Elle témoigne des vicissitudes de son univers affectif et émotionnel qui affectent ses humeurs et ses conduites. La volonté réfère à des intentions ou à des désirs, pas toujours formulés clairement. La volonté agit aussi comme une force sur les comportements. Comprendre le sens à donner à l'action de la motivation et de la volonté à un moment précis, demande un travail patient d'analyse et une bonne dose d'intuition. La motivation et la volonté sont des indicateurs de ce que vit une personne et notre travail, en cours de traitement mais aussi lors de l'obtention d'un consentement, consiste à aider l'utilisateur à clarifier ces aspects qui influent sur son expérience et ses décisions.

Un *consentement* est « l'acquiescement donné à un projet ; (une) décision de ne pas s'y opposer ». Il réfère aux besoins inhérents à la situation de l'utilisateur. Le consentement, dans le cadre de nos interventions, représente un accord, entre l'utilisateur et nous, sur une définition de sa situation problème et sur la forme d'aide à lui apporter. Nul besoin d'être motivé ou même de vouloir pour consentir. Un utilisateur peut très bien consentir à des soins ou à des services, même en l'absence d'une grande motivation ou volonté, s'il les juge en toute connaissance de cause, nécessaires. La motivation et la volonté peuvent certes affecter un consentement, mais elles ne sont pas le consentement. Cependant, le consentement peut former le germe d'une motivation et d'une volonté future.

Contrairement à la motivation et à la volonté, un consentement, s'il a été obtenu *de la bonne manière* – c'est-à-dire, dans le respect des droits de l'utilisateur – devrait avoir quelque chose de formel et de durable. Mais obtenir un consentement implique, pour nous, de faire un certain travail. Un consentement s'obtient en prenant en considération le point de vue des gens appelés à consentir. Il y a quelque chose d'actif et de participatif dans un consentement. Le consentement est une convention entre les parties. C'est quelque chose qui se discute ou se négocie et peut évoluer avec le temps.

Le consentement n'implique pas que ce à quoi l'utilisateur consent va être facile ou agréable. Le consentement peut même parfois s'avérer franchement difficile ou contraignant, mais il suppose que l'utilisateur a été dûment consulté et informé ; qu'il a bien compris la nature de ses difficultés, des forces qui sont en jeu et de ses besoins en regard de sa situation ; qu'il a pleinement conscience des implications des choix qu'il s'apprête à faire. Notre responsabilité est d'aider l'utilisateur à y voir clair.

Nous proposons de définir le volontariat en nous référant à ce droit de l'utilisateur de donner ou de refuser son consentement et aux devoirs qu'implique, pour l'intervenant, le fait d'obtenir ce consentement. Ainsi, *un client volontaire* est un usager envers qui nous avons rempli nos obligations et qui, ce faisant, a pu donner son consentement de manière libre et éclairée. Si l'utilisateur refuse ou nous retire son consentement, nous sommes alors, et uniquement alors, en droit de considérer qu'il est *non volontaire*.

Il ne suffit plus de dire que l'enfant ou le jeune ou le parent ne vient pas à un rendez-vous ou ne retourne pas nos appels ou ne partage pas notre point de vue sur son état ou sur sa situation, pour juger qu'il est *non volontaire* et fermer le dossier ou, dans certains cas, procéder à un signalement. Nous pouvons interpréter ces conduites de diverses manières. Signifient-elles un refus de consentement? Seul l'utilisateur peut véritablement répondre à cette question, après que nous l'ayons consulté et au besoin dûment informé.

Si, après avoir fait tout ce que ses droits de l'utilisateur nous dictent de faire, celui-ci signifie son refus de donner ou de maintenir son consentement, nous devons respecter sa décision, même si nous la désapprouvons ou avons quelques appréhensions sur l'évolution probable de sa situation.

► L'intervention d'autorité

Dans nos CLSC, nombreux sont ceux qui disent refuser d'intervenir d'autorité, prétextant qu'intervenir d'autorité équivaut à imposer quelque chose par la force, et que cela ne fait pas partie de leur mandat ou nuit à l'établissement du lien de confiance avec l'utilisateur. Lorsque nous tenons de tel propos, nous confondons, sans bien le réaliser, convaincre et contraindre par autorité. De manière habituelle un intervenant ne peut imposer à l'utilisateur tel point de vue ou telle forme d'aide, mais il peut certainement tenter de le convaincre du bien fondé de ce qu'il propose. Il en a même le devoir. *L'autorité* est une capacité qui permet à des personnes d'influencer d'autres personnes. et il n'y a pas d'intervention psychosociale possible sans exercice d'une réelle capacité d'influence.

Selon Jean Bédard, « un intervenant dispose d'une zone d'autorité qui dépend de sa tâche, de sa profession, de l'organisation pour laquelle il travaille, des lois qui régissent son travail, etc. ». Les gens s'adressent à nous précisément parce qu'ils nous reconnaissent d'emblée une telle autorité. Cela ne veut pas dire qu'ils doivent consentir naturellement à tout ce que nous allons dire ou proposer. « Il importe (que l'intervenant) connaisse ce cadre le mieux possible afin de ne pas dépasser le territoire légitime de son autorité ». Cette zone d'influence n'est pas la même si nous travaillons dans un CLSC ou dans un CJ (DPJ).

Intervenir d'autorité n'est donc pas quelque chose que nous pouvons choisir de faire ou de ne pas faire. D'office nous faisons figure d'autorité du fait de notre profession et du fait que nous exerçons notre métier dans un établissement publique d'aide à l'enfance et à la famille. Nous devons prendre conscience de l'autorité inhérente au fait d'être un intervenant; reconnaître et accepter que nous avons un réel pouvoir d'influence et faire l'exercice de cette capacité d'influence à l'intérieur des limites tracées par nos lois et nos missions respectives.

► L'intervention d'autorité du DPJ

D'aucuns recourent au DPJ pour agir sur certains usagers non volontaires ou en raison de la difficulté de gérer le risque lié au fait de fermer le dossier. Nous faisons alors grand cas du pouvoir de contrainte du DPJ, comme si l'exercice de ce pouvoir représentait l'essentiel de son intervention. Ce point de vue, largement répandu chez les intervenants, d'un DPJ opérant par la contrainte, conduit inévitablement à une utilisation abusive de son autorité.

Mais qu'en est-il au juste de ce pouvoir de contrainte du DPJ? Ce qui distingue fondamentalement l'intervention d'autorité du DPJ c'est, pour reprendre l'expression de Jean Bédard, le territoire légitime de son autorité, c'est-à-dire, la protection de certains enfants.

La protection, dans le cadre de la LPJ, « consiste à apporter une réponse minimale aux besoins fondamentaux » dans les situations où il y a un danger pour l'enfant ou dans celles qui limitent gravement l'actualisation de son développement. La LPJ ne s'applique pas à toutes les situations où il pourrait y avoir un besoin de protection, mais uniquement à celles où la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis. Dans ces situations, l'intervention d'autorité du DPJ ne vise pas à se substituer aux parents, sauf exceptionnellement et avec l'autorisation du tribunal, mais tend plutôt à suppléer à certains manquements, tout en aidant les parents à recouvrer l'exercice de leurs responsabilités.

Pour bien saisir en quoi consiste l'intervention d'autorité du DPJ, nous devons comprendre quel est le mandat que la LPJ confie au DPJ. En regard de la protection des enfants, le DPJ a un certain nombre de responsabilités exclusives et d'autres responsabilités que des personnes autorisées peuvent remplir.

Brièvement, à titre des responsabilités exclusives, le DPJ doit recevoir les signalements, évaluer ceux qu'il aura retenus, prendre une orientation quant au choix du régime (volontaire ou judiciaire) et des mesures de

protection dans les cas où il juge, après évaluation, la sécurité ou le développement de l'enfant compromis, s'assurer que ces mesures ont été prises et en vérifier les résultats.

La DPJ n'étant pas en soi un établissement de services, elle doit, pour mener à bien son mandat, recourir au réseau des établissements pour qu'ils appliquent les mesures de protection. Le DPJ peut alors autoriser certaines personnes à prendre en charge la situation de l'enfant.

Les responsabilités du DPJ visent à mettre fin à la situation de compromission. Le DPJ doit aussi s'assurer que cette situation ne va pas se reproduire. Ces deux conditions remplies, la loi l'oblige à mettre un terme à son intervention. Pour permettre au DPJ de remplir adéquatement son rôle, la LPJ met à sa disposition certains moyens.

Pour mener à bien son mandat de protection, le DPJ a *un pouvoir de décision* : lui seul décide de recevoir ou de retenir un signalement ; lui seul décide si la situation de l'enfant requiert sa protection ; lui seul décide de l'orientation de l'enfant et s'il y a opposition, il a *le pouvoir de saisir le tribunal* de la situation ; lui seul décide du moment de fermer le dossier. Il a *un pouvoir d'enquête* qui lui permet de mener à bien l'évaluation d'un signalement qu'il a retenu. Il a *le pouvoir de donner ou de retirer une autorisation* de prise en charge. Enfin, de manière exceptionnelle, il a le pouvoir d'imposer certaines mesures de protection dans un contexte d'urgence.

On le voit, le pouvoir de contrainte du DPJ est d'abord et avant tout un pouvoir d'enquête et un pouvoir de décision, mais même ce pouvoir de décision est limité puisque dès l'étape orientation, l'usager a le droit de s'opposer à ces décisions. Le DPJ a alors le pouvoir de saisir le tribunal pour que ce dernier statue sur la situation de l'enfant.

Nos lois stipulent que nul ne peut enfreindre les règles de droit habituelles. Nul ne peut imposer par la force des soins auxquels l'usager n'aura pas consenti. Seul le DPJ, dans les situations visées par la LPJ, peut aller à l'encontre de ce droit fondamental au consentement et, lorsqu'il le juge nécessaire, saisir le tribunal.

Il nous faut bien comprendre que l'intervention de protection du DPJ vise d'abord le plus grand intérêt de l'enfant, ensuite le respect de ses droits ou des droits de ses parents et représente une forme d'ingérence dans la vie privée des familles. Aussi doit-on recourir à la LPJ de manière exceptionnelle et uniquement dans ces situations qui donnent ouverture à son application. La LPJ limite l'intervention d'autorité du DPJ à ces seules situations qui compromettent gravement la sécurité ou le développement d'un enfant.

CONCLUSION

Cet incessant débat entre nous sur le sens à donner aux notions de volontariat et d'autorité représente un obstacle majeur à l'application de l'entente cadre CLSC – CJ et aux efforts consentis par nos établissements respectifs en vue d'offrir aux enfants, aux jeunes et à leur famille une plus grande qualité et continuité de services.

En un sens, ce débat sur le volontariat est un faux débat. En y regardant de plus près, il éclaire certains problèmes liés à nos pratiques et aux conditions de nos pratiques. Nous y canalisons, jour après jour, les

frustrations que ces difficultés génèrent. Adopter un cadre de compréhension commun de ces notions de volontariat et d'autorité replace l'attention sur les obstacles que nous rencontrons à exercer conjointement notre métier dans le respect de nos missions respectives. À ces difficultés, il faudra aussi trouver des solutions.

Mus par la même conviction quant à l'importance de donner une signification commune aux termes que nous utilisons, nous avons élaboré cette fiche clinique sur ce qu'est un client volontaire, une intervention d'autorité et plus particulièrement l'intervention d'autorité du DPJ. Nous avons d'abord proposé de définir le volontariat en nous référant aux droits de l'usager, notamment à son droit au consentement. Nous avons ensuite mis de l'avant le point de vue selon lequel l'intervention d'autorité est le propre de toute intervention psychosociale et ce sur quoi prend appui l'établissement du lien de confiance avec l'usager. Nous avons finalement établi ce qui distingue l'intervention du DPJ et souligné l'importance de ne pas recourir abusivement à son autorité.

Pour exercer nos responsabilités spécifiques et complémentaires, tout en respectant les droits des usagers, nous devons prendre conscience de ce territoire légitime de notre autorité dont parle Jean Bédard, et en connaître le pourtour. Nous sommes redevables à ceux qui requièrent notre aide, de mettre tout en œuvre pour aplanir ces difficultés qui minent nos énergies et compromettent nos efforts de collaboration.

7.

***Zones de collaboration
et de complémentarité
en matière de négligence***

Zones de collaboration et de complémentarité Familles en grande difficulté

Association des CLSC et CHSLD du Québec
Association des centres jeunesse du Québec
9 avril 2001

Mandat donné par : L'Association des centres jeunesse du Québec
L'Association des CLSC et des CHSLD du Québec

Membres du comité de travail : ***Pour l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec***

Monsieur Daniel Beauregard
Direction de la santé publique de Montréal Centre

Madame Christiane Duval
CLSC-CHSLD Vallée du Richelieu

Madame Sylvie Fortin
Association des CLSC et des CHSLD du Québec

Pour les Centres jeunesse

Monsieur Daniel Côté
Centre jeunesse de Québec

Monsieur Serge Gauthier
Centre jeunesse de la Montérégie

Monsieur Jean Boudreau
Association des centres jeunesse du Québec

Madame Odette Ouellet
Association des centres jeunesse du Québec

► Dans la foulée de l'entente-cadre « CLSC et Centres jeunesse, des établissements qui s'appuient au service des enfants, des jeunes et des familles »

En 1998, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec et l'Association des centres jeunesse du Québec ont établi un cadre de compréhension commun définissant les responsabilités de chacun et les zones de collaboration susceptibles d'augmenter la qualité et la continuité des services.

Cette entente, adoptée par les deux associations, est en implantation dans toutes les régions du Québec. Un comité conjoint en assure le suivi et est appuyé par une recherche documentant l'implantation et les impacts de la mise en œuvre de ce cadre de collaboration.

Parmi les éléments qui se révèlent les plus susceptibles de favoriser des actions concertées et efficaces, figurent le développement d'une vision commune et l'utilisation d'outils communs. Nous avons choisi d'explorer la zone de collaboration et de complémentarité en matière de familles en grande difficulté.

► L'exploration des zones de collaboration auprès des familles en grande difficulté

Plusieurs raisons ont motivé ce choix :

- La négligence touche une grande proportion des enfants et des familles auprès de qui les deux types d'établissement travaillent.
- Deux programmes validés présentent un degré intéressant de pénétration dans nos institutions. Il s'agit du programme **Naître égaux/Grandir en santé**, développé par les directions de santé publique et implanté dans de nombreux CLSC, et du programme **PAPFC/Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire**, développé par l'Université du Québec à Trois-Rivières, en association avec les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, programme qui s'est progressivement implanté dans plusieurs régions du Québec au niveau des centres jeunesse. Ces deux programmes ont été bien souvent « renommés » dans chacune des régions. On les trouve sous diverses appellations bien que l'application des principes fondamentaux reste théoriquement la même malgré des adaptations locales.
- Les familles en grande détresse et son corollaire, la négligence envers les enfants, mettent en scène une multitude de facteurs économiques, culturels, sociaux et impliquent de multiples stressseurs qui se manifestent souvent à long terme, avec des intensités variables selon les conditions en présence, d'où l'importance d'une concertation entre les deux types d'établissements.

LE MANDAT

Le comité conjoint CLSC-CJ a donc donné mandat à un comité de produire un document de soutien à la pratique CLSC-CJ et applicable lorsque les collaborations sont nécessaires.

1. Dégager les convergences qui existent entre les différents programmes évalués sur l'intervention en matière de familles en grande difficultés et de négligence soit « Naître égaux/Grandir en santé » et « PAPFC/Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire ».
 - Au plan des orientations ;
 - Au plan des principes d'action ;
 - Au plan des modalités d'intervention.
2. Identifier les arrimages utiles et nécessaires pour assurer les services de qualité à la clientèle (continuité et réponse aux besoins) ;
3. Identifier les outils favorisant ces arrimages.

I IDENTIFICATION DES CONVERGENCES AU PLAN DES ORIENTATIONS

► Approche écologique commune

Les deux programmes sont construits sur la base de l'approche écologique. Développée par Bronfenbrenner (1977,1979), cette théorie écologique du développement humain considère que tout comportement fait partie d'une série de systèmes imbriqués les uns dans les autres dont nous devons absolument tenir compte si nous voulons apprécier toute la complexité de l'expérience humaine.

Les deux programmes québécois représentent des applications de ce modèle théorique. Naître égaux/Grandir en santé s'inscrit dans la mission de promotion et de prévention des CLSC et a comme objectif d'améliorer la santé et le bien-être des familles sous-scolarisées en situation d'extrême pauvreté. Le PAPFC s'inscrit, pour sa part, dans la mission de protection des enfants des centres jeunesse et a comme objectif de restaurer la capacité des parents et du milieu, d'assumer adéquatement la réponse aux besoins des enfants, tout en permettant aux enfants de récupérer le plus possible les retards de développement, lorsqu'ils existent.

► Visant une même clientèle ; les familles en grande difficulté

S'inscrivant dans les mandats respectifs des établissements concernés, ces deux programmes présentent cependant une même finalité. C'est celle d'agir de manière à avoir un impact significatif sur le bien-être des enfants et des familles et ultimement, de diminuer la prévalence et l'incidence des situations de négligence. On sait, en effet, que ces situations mettent en péril la sécurité et le développement des enfants

de même que la qualité de vie des adultes qui en ont la charge, le plus souvent de jeunes mères vivant en situation d'extrême pauvreté.

Les familles en grande difficulté sont donc la clientèle visée, où qu'elles se situent, sur un continuum allant du besoin d'appui à l'urgente nécessité de changements en vue d'assurer la sécurité et le développement de leurs enfants.

On constate donc une CONVERGENCE DE FOND, une même perspective tenant compte des mandats spécifiques des établissements.

II IDENTIFICATION DES CONVERGENCES AU PLAN DES PRINCIPES ET MODALITÉS D'ACTION

► L'importance de relations significatives ; l'intervenant(e) privilégié(e)

Les deux programmes s'appuient sur le développement de relations significatives. Un suivi individuel du(des) parent(s) avec un intervenant significatif est un élément central. En ce sens, le vocable intervenant privilégié du programme Naitre égaux/Grandir en santé rend bien l'esprit se rattachant au suivi individuel prévu aux deux programmes.

► Le développement de l'enfant ; un incontournable

Offrir aux enfants concernés les programmes de stimulation adaptés à leurs besoins est un impératif tout aussi important des deux programmes. Ces programmes de stimulation appellent, on le comprend bien, l'implication de tous les acteurs ayant un mandat à cet effet : centres de la petite enfance, CLSC, organismes communautaires, etc.

► Le développement des habiletés parentales

Le développement des habiletés parentales est un autre élément partagé par les deux programmes. Permettre aux parents de reconnaître, actualiser et développer leurs capacités à assumer adéquatement la réponse aux besoins de leurs enfants est une partie du travail que chaque programme cherche à accomplir.

► La découverte des ressources de l'entourage et du milieu pour favoriser l'intégration communautaire et sortir de l'isolement

Les deux programmes misent sur un autre aspect tout aussi primordial ; permettre aux familles de sortir de l'isolement, de découvrir et d'utiliser les ressources à leur disposition dans leur milieu. S'adaptant à la situation de chaque famille, cela peut signifier de découvrir des

ressources qui peuvent leur venir en aide, d'établir ou de recréer une confiance vis-à-vis de celles-ci jusqu'à favoriser une participation pleine et entière à un organisme du quartier.

► Des modalités semblables et variées

Plusieurs moyens pris par les deux programmes pour assurer l'un ou l'autre volet sont identiques. C'est le cas, notamment, des groupes de développement des habiletés parentales, de l'accompagnement individuel, de groupe soutien aux parents comme personne (estime de soi), de stimulation pour les enfants, etc. L'offre de ces services dépend, par ailleurs, des ressources du milieu et des activités existantes dans la communauté.

On constate donc une parenté dans les principes et les modalités d'action. L'un et l'autre programmes appellent des activités de même nature tout en s'adaptant aux caractéristiques du milieu et notamment, aux ressources disponibles en vue d'offrir toute la gamme d'activités nécessaires.

III IDENTIFICATION DES PARTICULARITÉS DES PROGRAMMES

► Des accents spécifiques à chacun des programmes

Au-delà des convergences identifiées, existent des particularités à chacun des programmes.

Le programme Naître égaux/Grandir en santé (NEGS) s'inscrit dans le cadre d'une action en périnatalité englobant les aspects de santé physique et d'adaptation. Il se distingue par une préoccupation d'action au plan de l'organisation communautaire locale (améliorer les milieux de vie) et par l'exercice du pouvoir d'influence en ce qui concerne les politiques affectant les familles.

Le Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC) s'inscrit dans le cadre d'une action en protection de la jeunesse. Il se distingue par la présence de la famille soutien qui joue un rôle d'appui concret aux parents dans l'exercice de leurs responsabilités parentales et dans leur intégration communautaire, ce qui cadre, par ailleurs, très bien avec l'impératif d'intensité requis par le mandat de protection des enfants dont la situation est prise en charge par les centres jeunesse.

► Des portes d'entrées différentes

Les deux programmes n'ont pas la même porte d'entrée, ce qui les rend complémentaires. Naître égaux/Grandir en santé entre en contact avec les familles au moment de transition que représente la grossesse, alors que le Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire est offert aux familles pour lesquelles un signalement est retenu conséquemment au besoin de protection d'un ou de plusieurs enfants.

On constate des particularités à chacun des programmes. Celles-ci sont cohérentes avec les caractéristiques des missions respectives des CLSC et des centres jeunesse et compatibles quant à la complémentarité requise dans le cadre d'un continuum de service.

IV IDENTIFICATION DES CONVERGENCES AU NIVEAU DES OUTILS

Nous savons que plus nous partageons un corpus commun de connaissances, plus nous avons des références communes, plus la collaboration est facilitée.

En soutien à l'intervention, des guides de pratique et des outils sont utilisés, dans les deux types d'établissement et nous avons intérêt à les partager dans le respect du contexte de leur utilisation et de nos missions respectives.

CONCLUSION

Les deux programmes sont convergents aux plans conceptuel et pratique. Le potentiel de cohérence et de continuité de nos interventions est donc énorme. Voyons maintenant quels sont les arrimages nécessaires et souhaitables.

Si le potentiel d'arrimages est fort, compte tenu du fait que les deux programmes partagent une vision commune, il importe de regarder la réalité concrète, le terrain quotidien de l'intervention, pour identifier quels sont ceux qui sont utiles et nécessaires. Un certain nombre de constats peuvent nous guider dans leur identification.

I CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES

► Des interventions dans le même milieu de vie, la communauté locale

Au-delà des convergences existant entre les programmes Naitre égaux/Grandir en santé et le Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire, les CLSC et les centres jeunesse habitent les mêmes communautés locales. C'est ainsi que sur un même territoire et pour des familles en grande difficulté, nous cherchons, les uns et les autres, à tirer le meilleur parti des ressources disponibles pour offrir toute la gamme d'activités susceptibles d'appuyer les familles, selon leur niveau de besoin.

Cet état de fait nous situe toute l'importance d'assurer un arrimage pour concerter les ressources locales autour d'objectifs communs évitant ainsi le piège de la compétition là où nous pouvons efficacement, au contraire, nous appuyer les uns, les autres.

Depuis de nombreuses années, les tables de concertation intersectorielle se sont développées et sont devenues des lieux privilégiés de partage et de mise en œuvre d'actions au profit des membres de la communauté locale. C'est, en effet, au cœur de ces communautés que se pose l'enjeu de la mobilisation des ressources et de leur utilisation maximale au profit des enfants, des jeunes et des familles.

► Diversité des activités et utilisation maximale des ressources de toute la communauté

Il en va de l'intérêt des communautés d'assurer une utilisation maximale des ressources. Par exemple, on peut penser à la mise en commun des ressources pour l'animation de groupes de parents sur les habiletés parentales. Cela assure à la fois que les groupes soient complets et que le gain de rentabilité, ainsi fait, serve à augmenter l'intensité ou à diversifier l'offre de service. Des intervenants nous ont fait remarquer qu'à travailler isolément plutôt qu'en appui, tous sont perdants.

► Importance de l'identité des programmes

Nous avons constaté le fait, autant pour Naitre égaux/Grandir en santé que pour le Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire, que les communautés locales renomment souvent les programmes. Cela est un indice de l'importance du sentiment d'identité et de « personnalisation » souvent chers aux communautés locales. Au-delà de déplorer l'effet de confusion que cela peut créer à un niveau plus global, du fait qu'on ne s'y retrouve plus, cela apparaît répondre à un besoin de rendre plus concret, pour les gens concernés, les programmes en question. Par exemple, on parle de Clic et de Prinsip dans une communauté locale pour désigner les deux programmes.

Cette pratique nous indique l'importance que prend, pour les personnes, l'identité de leur programme. Par ailleurs, les programmes ayant été développés en réponse à des mandats bien précis, promotion-prévention dans un cas, et protection dans l'autre, nous croyons important d'en conserver les identités respectives. Cela va tout à fait dans le sens de l'entente-cadre, celui de s'appuyer mutuellement reconnaissant le bien-fondé des mandats respectifs de chacun.

Trois éléments apparaissent contribuer à l'identification des arrimages nécessaires : le fait de partager un territoire, l'impératif de l'utilisation maximale des ressources et enfin, le respect de l'identité de chacun. C'est sur la base de ces trois éléments que nous dégagons la proposition d'arrimages qui suit.

II DES ARRIMAGES UTILES ET NÉCESSAIRES

Nous souhaitons parler d'arrimages utiles et nécessaires afin de ne pas perdre de vue l'objectif ultime : créer des liens pour soutenir efficacement des enfants et des familles.

Pour l'exercice, il sera utile de distinguer les arrimages qui concernent l'organisation et qui, potentiellement, toucheront l'ensemble des situations et ceux qui concernent l'aspect clinique pour les situations le requérant.

► Un pré-requis ; protéger l'identité des programmes

Il nous apparaît pertinent et désirable de protéger l'identité des programmes. D'abord, parce que leurs portes d'entrée sont différentes et couvrent ainsi un spectre beaucoup plus large et, de ce fait, capable de rejoindre toutes les personnes susceptibles de profiter au maximum de ces programmes. Ensuite, parce que leurs parentés théoriques sont une base solide pour construire des arrimages utiles aux personnes pouvant en bénéficier.

L'autonomie des programmes est donc la base de départ. Chaque organisation doit disposer de sa propre gestion (coordination) du programme. Ce qui n'exclut nullement des arrimages utiles et nécessaires.

► Se concerter sur les besoins et les ressources de la communauté pour une offre de service commune

C'est avec la réalité concrète des besoins des personnes et des ressources disponibles dans une communauté locale, que les intervenants composent tous les jours. L'arrimage principal consiste à se concerter, avec l'ensemble des acteurs d'une communauté locale, sur le niveau de besoin d'une communauté. Cette concertation porte notamment sur les diverses activités favorisées dans les programmes (stimulation des enfants, développement des habiletés parentales, découverte et utilisation des ressources de la communauté, etc.) de même que sur la meilleure mise à contribution de chacune des ressources du milieu. Cela peut se faire dans le cadre des activités d'analyse des besoins et de planification des tables de concertation intersectorielle.

Chaque communauté locale peut donc ainsi procéder à une offre de service commune qui met en lumière les forces (mission, personnes, etc.) de chaque établissement ou groupe et assure la rentabilité maximale des ressources en termes d'intensité et de diversité (entendu ici au sens de toute la gamme de service). Cela étant, les personnes inscrites aux programmes auront accès aux services utiles à leur situation.

Il s'agit là d'un arrimage organisationnel, où le volet analyse des besoins, planification et organisation de l'offre de service se fait en commun en vue d'une utilisation commune.

► Établir les modalités du continuum clinique

Après avoir assuré la planification et l'organisation d'une offre de service commune, il faut accorder une attention particulière à la situation de chaque famille, de chaque enfant. C'est la dimension clinique de l'intervention.

Cette dimension pose les défis de l'établissement des modalités relatives au continuum clinique soit la planification et le suivi de

l'intervention appropriée à chaque situation et l'identification des moyens d'action conjointe, voire de transfert dans les situations le requérant.

Trois mécanismes permettent d'établir les modalités du continuum clinique : le comité clinique, la liaison et la résolution de litiges.

- **Le comité clinique pour soutenir l'intervention dans le cas à cas :**

- Le comité clinique est responsable de la planification et du suivi de l'intervention appropriée à chaque situation.
- Selon la réalité locale, chaque programme peut disposer du sien ou il peut être conjoint (totalement ou partiellement).
- Le comité clinique regroupe généralement la personne concernée (client), l'intervenant privilégié (intervenant pivot ou personne autorisée), toute autre personne intervenant dans le cadre du plan de service individualisé, les personnes responsables du programme (ou des programmes, selon le cas).
- Les plans d'intervention et les plans de service individualisés, convenus avec les clients, représentent l'instrument privilégié servant de fil conducteur et assurant une part de la continuité.

- **Un mécanisme de liaison pour assurer l'accessibilité et la zone de collaboration nécessaire à la continuité.**

Outre les contributions respectives de chacun des établissements à la réalisation des activités (exemples : programme de développement des habiletés parentales, stimulation précoce, etc.), un mécanisme de liaison doit assurer une concertation clinique dans les situations le requérant.

Il peut s'agir, par exemple, de questionnaires ou d'intervenants jouant également un rôle d'agents de liaison qui coordonnent l'appui mutuel requis selon les situations (cet appui peut prendre la

forme de consultation sur un dossier, de discussions relatives aux seuils critiques convenus dans des situations nécessitant un signalement et de planification des actions requises pour adapter l'aide à la famille, etc.).

- **Un mécanisme pour résoudre les litiges.**

- **Utiliser des outils dans une perspective de continuum**

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le partage des outils est un facilitateur. Nos travaux nous amènent à envisager l'utilisation de deux outils communs.¹

Un premier outil est celui développé par les pédiatres Geneviève Diorio et Gilles Fortin. Ces deux médecins ont produit un instrument pertinent pour apprécier la croissance et le développement des enfants et pour repérer les indices d'abus et de négligence. Conçu simplement et à utilisation facile, voilà un cadre de référence commun pour apprécier une situation, cadre tout aussi pertinent pour les infirmières intervenant dans le contexte de Naître égaux/Grandir en santé que pour les intervenants du centre jeunesse.

Un deuxième outil est l'ICBE. Développé d'abord aux États Unis puis adapté et validé ici par une équipe de professionnels des centres jeunesse, cet instrument pourrait servir de cadre de référence commun concernant les situations (et seulement celles-là) où une situation connue de Naître Égaux est suffisamment préoccupante pour envisager un signalement au DPJ. Cet outil permettrait d'avoir un langage commun et de cerner spécifiquement l'ensemble des éléments d'une situation pouvant conduire à la rétention d'un signalement afin de protéger un enfant.

¹ Voir en annexe une description sommaire de ces outils.

D'autres outils pourront éventuellement s'ajouter à ceux-ci. On pense notamment à ceux concernant les aspects de la toxicomanie, de la violence conjugale, de la santé mentale. En ce sens, on devra tenir compte des développements en cours dans le cadre du Programme soutien aux jeunes familles issu du Sommet de la jeunesse.

► Assurer une formation continue en commun

La capacité d'établir une relation significative, de déployer divers moyens pour soutenir le développement des enfants et des parents, de décoder les situations et d'agir sur les déterminants contribuant à éliminer les facteurs de risque d'abus ou de négligence sont parmi quelques habiletés que les intervenants doivent posséder pour assumer leurs responsabilités.

La mise en place du programme national de formation² et les expériences actuelles qui sont menées entourant son application dans les régions et notamment en collaboration CLSC-CJ nous apparaissent être des occasions de promouvoir la formation continue en commun.

L'entente cadre nous inscrit dans cette volonté d'assumer nos réalités spécifiques tout en développant une zone de compréhension commune pour assurer la continuité et la complémentarité de nos interventions au profit des enfants, des jeunes et des familles.

² Le programme national de formation est un programme mis sur pied par l'Association des centres jeunesse du Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec. Ce programme vise à assurer à tous les intervenants une formation de base et une formation continue en vue d'assurer la qualité de services.

CONDITIONS DE SUCCÈS

Au cours des dernières années, plusieurs écrits ont abordé les conditions de succès d'une intervention auprès des familles en grande difficulté.³

Abordons ici cinq conditions essentielles au chapitre de la coordination entre plusieurs acteurs :

1. Une volonté clairement établie à tous les niveaux et en premier lieu, par les dirigeants

La plus grande clarté doit exister quant à la volonté des dirigeants de développer des continuums de services qui tiennent compte des spécificités de chacun, expertises et contraintes. Cette volonté doit également s'exprimer dans la volonté de consentir l'investissement nécessaire pour produire les gains escomptés par de meilleurs arrimages.

2. Une contribution identifiée à l'offre de service

Les dirigeants de chaque établissement doivent contribuer à l'offre de service, chacun selon son expertise. Cette « mise » est essentielle pour le succès du partenariat. C'est, en effet, lorsque chacun contribue selon son expertise et ses ressources que peut se construire l'œuvre collective au profit des enfants et des familles d'une communauté locale.

3. Une souplesse dans la gestion du programme

Les personnes impliquées doivent pouvoir disposer d'une marge de manœuvre pour s'ajuster à la réalité sans contrevenir aux balises et normes régissant leur intervention.

4. Des liens personnalisés entre les intervenants et des mécanismes de traitement des litiges

On le sait, les liens personnalisés entre les intervenants sont souvent source de dynamisme. La confiance et la relation basées sur la communication s'installant, tous y gagnent. Cependant, dans certaines situations, c'est le contraire qui se produit et les préjugés se confirment. Il faut alors pouvoir traiter ces litiges afin d'assurer les meilleurs services au client.

5. La stabilité et la continuité

L'établissement de liens significatifs avec la clientèle suppose une stabilité du personnel. De même, les plans d'intervention et les plans de services individualisés servent à soutenir la continuité.

³ Voir en annexe la bibliographie.

ÉVALUATION DE L'ACTION INTERSECTORIELLE

Nous l'avons signalé : la problématique de négligence interpelle toute une communauté. L'action intersectorielle doit être évaluée afin de s'assurer qu'elle contribue aux résultats attendus. Les tables de concertation, en fonction de leur plan de travail, se donnent des critères d'évaluation, qu'il ne nous appartient pas ici de définir.

CONCLUSION

L'analyse des deux principaux programmes existant en CLSC et en centres jeunesse pour intervenir auprès des familles en grande difficulté présentant des risques ou des faits de négligence révèle des arrimages possibles et souhaitables au profit des clients.

Les convergences sont nombreuses et nos différences, complémentaires. Bien que les modalités peuvent varier, des arrimages utiles et nécessaires sont identifiés.

Cette analyse est à la fois théorique et pratique, puisque déjà, sur le terrain, plusieurs personnes et milieux cherchent les voies les plus prometteuses pour que personne ne se retrouve entre deux chaises et que lorsque nécessaire, les CLSC et les centres jeunesse s'appuient dans l'action.

Il ne reste qu'à souhaiter que cette contribution alimente l'avancement de la création de continuums de service au profit des familles.

Annexe I

Description sommaire des outils

GRILLE D'ANALYSE DES OUTILS CLINIQUES STANDARDISÉS

NOM DE L'OUTIL :	DIORIO/FORTIN – CROISSANCE ET DÉVELOPPEMENT, INDICES D'ABUS ET NÉGLIGENCE
Clientèle visée (âge) :	0-5 ans.
But de l'outil :	Aide-mémoire qui situe les stades de croissance (motricité, alimentation, sommeil ...), les suivis de vaccination, et aide à dépister abus/négligence.
Validation québécoise (par qui ? année ?)	Diorio/Fortin 1992. Adapté au contexte québécois ; réédité en 1999.
Temps :	
de passation :	Très bref si bonnes observations.
de correction :	N/A
d'interprétation :	N/A
Exigences de formation (en jours) :	Avoir une base minimale en développement de l'enfant.
Supervision requise :	Non.
Instrument informatisé :	Non.
Avantages :	Aide à dépister. Bons repères par tranche d'âge. Basé sur normes de référence staturo-pondérales québécoises. Donne des indices généraux de maltraitance puis des indices de développement douteux et de négligence (2m, 4m, 6m, 9m, 12m, 18, 2 ans, 3, 4, 5).
Inconvénients :	Ne va pas très loin et se limite à des pistes.
Pertinences :	
– au plan clinique :	Pour situer globalement le développement et les indices de croissance.
– au plan de rédaction PSI/PI :	Suggère des soins usuels et préventifs à inclure dans le PI/PSI.
– autre :	Feed-back positif des milieux de pratiques ; traduit en anglais.
Références :	Diorio G., Fortin G., Croissance et développement, indices d'abus et de négligence chez l'enfant de la naissance à 5 ans. Hôpital Ste-Justine, 1999. Geneviève Diorio (514) 679-6777. Éditeur : Publication/Hôpital Ste-Justine, 514-345-4671 téléphone, 514-345-4631 télécopieur

NOM DE L'OUTIL :	ICBE (INVENTAIRE CONCERNANT LE BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT)
Clientèle visée (âge) :	De 0 à 15 ans, mais de préférence de 6 à 15 ans.
But de l'outil :	Grille servant à mesurer le bien-être de l'enfant et la capacité des parents à remplir leurs responsabilités. Identifier forces/faiblesses aux familles. Instrument d'évaluation adapté au contexte de protection de la jeunesse dans le but d'aider les intervenants à décider ou non de la situation de compromission (gradients de risque).
Validation québécoise (par qui ? année ?)	1990 Aline Vézina Ph.D., Richard Bradet M.A.
Temps :	
de passation :	60 minutes mais exige au préalable une visite à domicile et une entrevue avec le ou les parents.
de correction :	60 minutes si manuelle sinon, se fait automatiquement par informatique.
d'interprétation :	Interprétation automatisée disponible, sinon variable en fonction de l'utilisation des différents tableaux.
Exigences de formation (en jours) :	3 jours de formation, plus suivi.
Supervision requise :	Au début oui, après 5 à 6 cotations non.
Instrument informatisé :	Oui.
Avantages :	Permet d'observer systématiquement 43 facettes du bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales, aide à identifier les forces et les faiblesses de la famille. Aide l'intervenant à prendre du recul dans les situations ambiguës. En cours de suivi, les améliorations et les détériorations sont mises en évidence de même que la stabilité de certaines dimensions de la famille. Supporte la décision quant à la cessation ou la poursuite de l'intervention et fournit des renseignements pertinents en regard de chacun des alinéas de l'article 38 de la LPJ sous forme de tableau. Fournit des pistes et stratégies pour l'intervention.
Inconvénients :	L'instrument ne mesure pas la dynamique familiale comme telle et ne tient pas compte des antécédents des parents. Ne répond pas à toutes les interrogations requises pour une évaluation psychosociale. Apporte peu de précisions au sujet des situations d'abus sexuels et ne tient pas compte des relations conflictuelles entre les ex-conjoints qui peuvent avoir un impact sur la situation actuelle de l'enfant.
Pertinences :	
– au plan clinique :	Aide à cerner une partie du fonctionnement des parents vis-à-vis de l'enfant, en ce sens éclaire indirectement la dynamique familiale.
– autre :	Bon instrument surtout dans le contexte de l'évaluation psychosociale mais qui demande tout de même la prudence dans la cotation des items, d'où l'importance de bien suivre la formation. Permet de s'appuyer sur des gradients de risque en LPJ.

NOM DE L'OUTIL :**ICBE (INVENTAIRE CONCERNANT LE BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT)**

Références :

Lord, Monique ; Thibault Michel et Alt ; Manuel d'utilisation et d'interprétation de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales, CRSC, 1993.

Vézina, Aline ; Pelletier, Daniel ; (1992) : L'ICBE Un support au diagnostic et à l'intervention, Centre de recherche sur les services communautaires. Université Laval.

On peut aussi contacter :

Madame Monique Lord ou Monsieur Michel Thibault
Centre jeunesse de l'Estrie
(819) 864-4421 poste 265 téléphone

à l'Association des centres jeunesse du Québec
pour la liste des formateurs régionaux accrédités

Madame Lise Lavoie
514-842-5181 poste 326 téléphone

Achat du Manuel d'utilisation et d'interprétation, s'adresser au CRSC
(Centre de recherche sur les services communautaires) 418-656-2674 téléphone,
418-656-7787 télécopieur.

Annexe II

Bibliographie

J.Bédard, Familles en détresse sociale, Tome II, L'intervention familiale communautaire, Ed. Anne Sigier, 1999, 167 pages.

M.Bonneau, S.Gauthier, Ensemble pour les familles, le P.A.I.N. Programme d'aide intersectoriel en Négligence, Centre jeunesse de la Montérégie, Mars 2001, 84 pages. 186 pages.

E.Palacio-Quintin, L.S.Ethier, C.Jourdan-Ionescu et C.Lacharité, L'intervention auprès des familles négligentes in Blessure d'enfant, La maltraitance : théorie, pratique et intervention, Deboeck Université, 1995 p.173-212.

L.S.Éthier, C.Biron, P.Pinard, J-P.Gagnier, R.Desaulniers, Réussir en négligence, Gredef et Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 87 pages.

Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Développer la concertation en toxicomanie, guide pour les intervenants et les gestionnaires, février 2001, 22 pages.

Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, direction générale de la santé publique, Les guides périnataux pour le suivi des familles, document de travail, avril 2000.

Zones de collaboration et de complémentarité

Familles en grande difficulté

« Synthèse »

CLSC

Naître égaux – Grandir en santé

CENTRE JEUNESSE

*Programme d'aide personnelle
Familiale et communautaire*

CONVERGENCES

- ▶ Approche écologique commune
 - ▶ Visant une même clientèle dans le même milieu de vie : les familles en grande difficulté
 - Le suivi individuel assuré par l'intervenant privilégié qui a une relation significative avec la famille ;
 - Le développement de l'enfant et l'accès à des programmes de stimulation ;
 - Le développement des capacités parentales ;
 - La contribution des ressources de l'entourage et du milieu pour favoriser l'intégration communautaire et sortir de l'isolement.
-

COMPLÉMENTARITÉS

Porte d'entrée: Suivi de grossesse. Porte d'entrée: Besoin de protection.

ARRIMAGES UTILES ET NÉCESSAIRES

- Se concerter sur les besoins et les ressources de la communauté pour une offre de services communs.
 - Établir les modalités du continuum clinique (comité clinique, mécanisme de liaison, résolution des litiges).
-

OUTILS CLINIQUES COMMUNS

- Diorio/Fortin
 - I C B E
-

FORMATION CONJOINTE

- Sur les outils ;
 - Programme national de formation
-

8.

Outils et expériences terrain

Introduction

Le Comité conjoint CLSC/ Centres jeunesse en 1998 s'est doté d'un plan de réalisation sur trois ans pour atteindre leur objectif :

- Que les CLSC et les Centres jeunesse du Québec soient :

« Des établissements qui s'appuient pour les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille. »

Voulant suivre de près toute cette démarche de changement, une équipe de recherche, pilotée par M. Claude Larivière, s'est intéressée aux initiatives prises dans chaque région pour se rapprocher de nos partenaires, mieux travailler ensemble et éviter les services en « cascades », les clients entre deux établissements.

Plus de 1000 questionnaires ont été envoyés chaque année pour observer les efforts de chacun, les difficultés rencontrées. Nous avons, à la fin de ces questionnaires, invités les gens à nous envoyer leurs « bons coups », leurs projets, leurs expériences, leurs outils permettant d'aller vers un rapprochement.

Voici donc, le « RÉPERTOIRE DES OUTILS RÉGIONAUX REÇUS EN 1999-2000-2001 ». Il se veut une source d'inspiration, de mise en commun de tous ces petits gestes ou grandes stratégies mis en place à travers tout le grand territoire québécois pour mieux travailler ensemble. IL doit être pris pour ce qu'il est, une liste de documents, de travail pour la plupart, sans prétention mais témoignant d'une volonté ferme de poser un geste.

Nous avons lu avec attention chacun de ces documents et nous nous sommes permis un « commentaire » souhaitant éclairer la personne qui le consulte sur le contenu proposé.

Nous avons classé ces documents et ils sont disponibles pour vous sur demande car nous souhaitons qu'ils suscitent en vous des idées, des projets vous permettant d'offrir des services mieux « intégrés » aux jeunes et aux familles du Québec.

Daniel Gagnon
Coordonnateur
2000, Mansfield, bureau 1100
Montréal (Québec) H3A 2Z8
Tél. : (514) 842-5181
Télécopie : (514) 842-4834
Cellulaire : (514) 923-3983
Courriel : daniel_gagnon@ssss.gouv.qc.ca

Répertoire des outils régionaux reçus 1999-2000-2001

Région	Classement	Document	Commentaires
BAS ST-LAURENT (01)	R01-99-01	● Fournier, Sylvie et Fournier, Carmen, Protocole d'entente sur les transferts personnalisés , (1998) CLSC de la Vallée et le Centre jeunesse du Bas-St-Laurent.	► Un bref document très intéressant qui clarifie la procédure dans chacune des situations d'intercollaboration.
	R01-99-02	● Roussel, Micheline, Centre jeunesse du Bas St-Laurent, Suivi de la journée Concert'Action Jeunesse Vallée , (5 juin 1998).	► Brève synthèse des échanges avec le plan d'action privilégié.
	R01-00-01	● MRC Rivière-du-Loup, CJ et CLSC Rivières et marées, Plan local d'action concertée, équipes intégrées en jeunesse . Entente cadre CLSC/Centre jeunesse, (1999), Échéancier.	► Description du plan d'action et échéancier de réalisation.
	R01-00-02	● Centre jeunesse du Bas St-Laurent, Formation attachement-abandon , MRC Kamouraska, (17-18 avril 2000).	► Liste des participants et programme d'une journée commune de formation.
	R01-01-01	● Thibeault, Julie, M.R.C. Rivière du Loup, Table locale d'orientation , (25 octobre 2000).	► Définition spécifique de la Table locale d'orientation (fondements/fonctionnement).
	R01-01-02	● MRC Rivière-du-Loup, CJ et CLSC, Plan d'action et bilan , (juin 2000 à avril 2001).	► Plan d'action détaillé pour l'année et bilan des transferts personnalisés.

Région	Classement	Document	Commentaires
SAGUENAY LAC ST-JEAN (02)	R02-00-01	● Claveau, Christine et Bureau, Christine, Centre jeunesse du Saguenay Lac-St-Jean et Centre Cléophas-Claveau (CLSC), Ateliers du Trésor, Rapport , (décembre 1999).	► Rapport d'une expérience conjointe d'intervention auprès de nouveaux parents, (Bilan).
	R02-00-02	● Claveau, Christine et Bureau, Christine, Centre jeunesse du Saguenay Lac-St-Jean et Centre Cléophas-Claveau (CLSC), Ateliers du Trésor, Guide à l'usage des intervenants (décembre 1999).	► Présentation d'un projet d'intervention auprès de nouveaux parents

Région	Classement	Document	Commentaires
QUÉBEC (03)	R03-99-01	● Comité conjoint CLSC-CJQ, Région de Québec, <i>Modèle théorique de l'interrelation entre le milieu naturel, le réseau communautaire, le CLSC et le Centre jeunesse.</i>	▶ Modèle schématisé des services au jeune.
	R03-99-02	● Bérubé, Line, CLSC Basse-Ville/Limoilou, <i>Étude du document : « Des établissements qui s'appuient ».</i>	▶ Bilan d'un journée de consultation.
	R03-99-03	● Commission scolaire des Découvreurs, <i>Bilan du comité de concertation (Commission scolaire des Découvreurs, DPJ, CLSC, Centre Jeunesse)</i> , (novembre 1998), Services éducatifs, secteur adaptation scolaire et services complémentaires.	▶ Document sur la mise en place d'un comité de concertation entre les représentants CJ/CLSC et la commission scolaire, (Fiches d'accès et de suivi).
	R03-99-04	● <i>Compte rendu</i> des rencontres de concertation entre le CLSC Haute-Ville et Basse-Ville/Limoilou et le CJQ Québec-Centre (comité conjoint) : Les 30 janvier, 24 avril, 16 octobre 1997, les 4 février, 8 novembre, 9 décembre, 11 décembre 1998 et les 20 janvier, 3 mars, 26 mars 1999.	▶ À partir de ces comptes rendus, nous pouvons suivre l'évolution du travail de ce comité conjoint.
	R03-99-05	● Bérubé, Line, CLSC Basse-Ville/ Limoilou, <i>Plan d'implantation de l'entente cadre CLSC et CJQ des établissements qui s'appuient</i> , (12 avril 1999).	▶ Plan d'action et échéancier du comité conjoint.
	R03-00-01	● CLSC Basse-Ville/Limoilou, le CLSC Haute-Ville/Des Rivières et le CJ de Québec, <i>Portrait du partenariat CLSC/CJQ. Territoire Québec-Centre</i> , (13 octobre 1999). Document de travail.	▶ Dans ce document de travail, chacun des éléments de l'entente cadre est repris et évalué. On y propose un plan d'action et certaines activités.
	R03-00-02	● CLSC Orléans, CLSC La Source et Centre jeunesse de Québec, <i>Projet de services intégrés en jeunesse, mise en place d'un mécanisme d'accès afin de répondre aux situations nécessitant l'apport du CLSC et du CJQ.</i> (février 2000), Comité CJ/CLSC.	▶ Présentation d'un projet de rapprochement entre les deux établissements CJ/CLSC.
	R03-01-01	● Roy, Bernard, Morand, Céline, Territoire de Portneuf, <i>Recension des pratiques de concertation.</i> (mars 2001), Comité conjoint.	▶ <u>7 fiches de recension</u> : Chacune nous propose la nature de l'activité, ses modes d'actualisation, ses résultats, le lien avec un des volets de l'entente cadre.

Région	Classement	Document	Commentaires
QUÉBEC (03)	R03-01-02	● Beaumont, Marie, Chevrette, Huguette, Côté, Michel, Quiriaux, Marlène, Rowley, Doris, <i>Intervenir ensemble en négligence, Projet conjoint CLSC de la Jacques-Cartier et Centre jeunesse de Québec</i> , Québec (mai 2001).	► Document de présentation de ce projet d'intervention en négligence qui s'inspire des expériences de la Mauricie C.O. Population ciblée, formation et recommandations.
	R03-01-03	● Cloutier, Richard, Carrier, Gaby, Lépine, Rachel, Institut universitaire sur les jeunes en difficulté, Centre jeunesse de Québec, <i>La collaboration intersectorielle dans les services aux jeunes en difficulté</i> , Québec, (septembre 2000) Volet 2	► Document synthèse d'une recherche pour comprendre l'importance de la collaboration dans le travail auprès des jeunes en difficulté. (Objectifs, méthode, résultats et impacts).
Région	Classement	Document	Commentaires
MAURICIE CENTRE-DU- QUÉBEC (04)	R04-99-01	● CLSC du Centre de la Mauricie/Les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec/Commission scolaire de l'énergie et le programme de psychiatrie infantile et juvénile, <i>Les services intégrés à la jeunesse au Centre de la Mauricie</i> . (1998). Éléments de réflexion.	► Document substantiel qui présente le projet régional de services intégrés. En annexe, les résultats d'une journée d'échange et les formulaires proposés.
	R04-99-02	● CLSC, Centres jeunesse de la Mauricie et du centre du Québec, <i>Les éléments d'entente CLSC-Centre jeunesse et les services jeunesse intégrés</i> , (juin 1998).	► Entente CJ/CLSC pour l'organisation de services intégrés. Éléments bien balisés, définition d'outils communs, proposition d'un guichet unique.
	R04-00-01	● Gignac, Gilles, CLSC Vallée de la Batiscan, Territoire Mékinac, <i>Équipes écoles en santé. Respectons nos missions, unissons nos actions</i> . (1998).	► Dépliant et projet d'intervention concerté, « Équipe-école en santé ». Description des étapes d'implantation et des activités proposées.
	R04-00-02	● Commission scolaire Chemin du Roy, Regroupement de la santé et des services sociaux de Maskinongé et le Centre jeunesse Mauricie-Centre-du-Québec, équipe Louiseville, <i>Le Village : « Ça prend tout un village pour élever un enfant »</i> , (1999-2000), Projet de partenariat.	► Présentation d'un projet de partenariat entre les CJ/CLSC et la commission scolaire. Intervention en scolaire et dans une ressource.
	R04-00-03	● CLSC Drummond/CJMCO, Comité conjoint, <i>Protocole entre le CLSC Drummond et le Centre jeunesse Mauricie-Centre-du-Québec</i> , Drummondville, (janvier 2000).	► Protocole d'entente bien constitué qui balise solidement les mécanismes d'accès aux deux établissements.

Région	Classement	Document	Commentaires
MAURICIE CENTRE-DU- QUÉBEC (04)	R04-00-04	● CLSC Drummond/CJMCO, <i>Grille de référence aux services du CLSC par un intervenant du Centre jeunesse Mauricie/Centre-du-Québec.</i>	► Document de référence au CLSC, avec formulaire. À noter, il semble antérieur au document précédent.
	R04-00-05	● Bolduc, Richard- CLSC Drummond, <i>Colloque CLSC-CJ Drummondville</i> , (25 novembre 1999).	► Bilan des organisateurs du colloque.
	R04-01-01	● Comité de travail, <i>Les Services Intégrés à la Jeunesse au Centre de la Mauricie</i> , (décembre 1997), Document de travail.	► Document substantiel dans lequel on retrouve le cadre de référence d'un projet de services intégrés comportant plusieurs volets.
	R04-01-02	● Hamel Manon, Équipe C.J.M.C.Q. Louiseville, <i>Projet Le Village, «Ça prend tout un village pour élever un enfant»</i> , Programme d'intervention pour jeunes avec difficultés de comportement et/ou d'apprentissage.	► Présentation Power Point du projet. Env. 50 diapositives qui présentent le projet en détail (aussi copie papier).
	R04-01-03	● Rivest, Christine, C.L.S.C. Vallée de la Batiscan, <i>Module adaptation sociale, Services psycho-sociaux, (8 juin 1998)</i> , Document de travail.	► Description des services psycho-sociaux et de réadaptation des trois types d'intervenants impliqués aux ateliers de stimulation précoce.
	R04-01-04	● Marchand, Christine, C.L.S.C. Vallée de la Batiscan, <i>Évaluation du projet d'implantation du programme</i> , Volet postnatal du programme «Naitre égaux et grandir en santé», Équipe enfance-famille/ Secteur Des Chenaux, (janvier 2000).	► Bilan d'une expérience de concertation avec en annexe les coûts associés au projet.
	R04-01-05	● Guay, François, CJMCO, Équipe du Cap-de-la-Madeleine, <i>Rapport d'évaluation du projet clinique. Soutien au développement de l'enfant 0-5 ans</i> , Territoire du CLSC Vallée de la Batiscan, (juin 1999).	► Présentation et évaluation d'un projet clinique au Centre jeunesse.
	R04-01-06	● Blais, Geneviève, Harrisson, Brigitte, CLSC-CHSLD Les Blés d'Or, les Centres jeunesse sous-région Bois-Francis/Bécancour et les organismes du milieu, <i>Mesures de rechange au placement</i> , Vidéo en format VHS.	► Ce vidéo présente brièvement le projet en titre, (fort intéressant).
	R04-01-07	● Blais, Geneviève, Harrisson, Brigitte, CJ/CLSC Territoire de l'Érable, <i>Projet global d'alternatives au placement et d'action concertée</i> , (2000) Programme d'aide à l'action concertée (P.A.A.C.).	► Présentation de ce projet conjoint. Analyse de besoins et description des actions mises en place.
R04-01-08	● Pinard, Pierre, C.J.M.C.Q. <i>Résumé du protocole Centres jeunesse-CLSC</i> , (19 décembre 2000), Résumé extrait de l'entente cadre.	► Extrait de l'entente cadre.	

Région	Classement	Document	Commentaires
MAURICIE CENTRE-DU- QUÉBEC (04)	R04-01-09	● Codaire, Madeleine, Comité sur les Services jeunesse intégrés, <i>Les services jeunesse intégrés</i> , Bulletin d'information. Volume 1 Numéro 2 février 2001 Volume 1 Numéro 3 Volume 1 Numéro 4 mai-juin 2001	► Une belle initiative des Bois-Francs. Par ce bulletin, les partenaires et les intervenants sont informés des travaux du comité de travail.
	R04-01-10	● Tremblay, Jocelyne, Régie régionale Mauricie-Centre-du- Québec, <i>Questionnaire d'évaluation de la formation « Travaillons ensemble »</i> , Territoire de Mékinac, (2 février 2001).	► Réponses des participants.

Région	Classement	Document	Commentaires
ESTRIE (05)	R05-99-01	● CLSC SOC ; Comité des pairs des intervenants psychosociaux et Conseil multidisciplinaire, <i>Vers une organisation de services intégrés pour les enfants, les jeunes et leur famille</i> (13 avril 1999), Document déposé pour consultation.	► Réaction d'un comité de pairs au projet de regroupement de l'équipe territoriale dans un CLSC.
	R05-00-01	● Maheu, Michel, Pagé, Jacques, Zuccaro, Geneviève, Polyvalente Louis St-Laurent de la Commission scolaire des Hauts Cantons, le Centre Jeunesse Estrie (Secteur Granit et Haut St-François) et le CLSC/CHSLD du Haut St-François <i>Protocole de concertation clinique pour l'intervention auprès des 12-18 ans</i> , (9 décembre 1999).	► Petit protocole d'entente. Il balise les éléments importants d'une telle démarche.
	R05-00-02	● Le Centre jeunesse de l'Estrie, <i>Table d'accès aux services L4S du Centre jeunesse Estrie</i> , (14 décembre 1999). Formulaire de demande de placement, services de réadaptation en centre de jour ou réadaptation externe.	► Formulaire pour la table d'accès.
	R05-01-01	● Projet en concertation, Estrie quartier St-Jean Bosco, Magog, <i>Projet détresse sociale, négligence</i> . Document de travail.	► Projet d'intervention en négligence. Tous les éléments du projets sont présents y compris le budget et la demande à la R.R.

Région	Classement	Document	Commentaires
MONTRÉAL (06)	R06-00-01	● CLSC Notre-Dame de Grâce/Montréal-Ouest, Information sur le groupe, Les Familles en Réseau , le groupe Woman Aware, le groupe Black Women on the Rise, (10 janvier 2000).	▶ Dépliants pour promouvoir ces types de projets. Brochure explicative du programme Black Women on the Rise.
	R06-00-02	● Ouellet, Serge, CLSC Rivières-des-Prairies Un portrait du quartier. Un état de situation des jeunes 0-24 ans et de leur famille , Projet Jeunesse Montréalais, (janvier 2000), 80 pages.	▶ Document complet qui explique la démarche de rapprochement et de concertation du quartier Rivière-des-Prairies.
	R06-00-03	● Belec, Aline, Rémillard, André, Territoire du CLSC des Faubourgs, Projet Logements jeunes mères , (mai 1999).	▶ Document explicatif du projet, plan de services, contrat d'engagement.
	R06-00-04	● Région Montréal-Centre, Projet jeunesse Montréalais, Le développement des services en amont , (15 juin 2000), Document de travail.	▶ Plan d'action sur trois ans
Région	Classement	Document	Commentaires
OUTAOUAIS (07)	R07-01-01	● Riopelle, Michel, Lacombe, Sylvie, Bilan des activités offertes à l'automne 2000, Ateliers de groupe sur la gestion de la colère , CJ Outaouais et CLSC/CHSLD Grande-Rivière, Aylmer, (février 2001). Document de travail.	▶ Dépliant de présentation et document bilan qui présente l'évaluation quantitative et qualitative de ce projet.
	R07-01-02	● Solidarité Gatineau-Ouest, CJ de l'Outaouais, CLSC/CHSLD de Gatineau, Familles en Envol, Projet La Baie , Gatineau, Un dépliant pour les familles, un pour les familles de soutien.	▶ Deux dépliants présentant le projet d'intervention auprès de familles négligentes, ses objectifs, son admissibilité.
Région	Classement	Document	Commentaires
ABITIBI TÉMIS- CAMINGUE (08)	R08-01-01	● Belley-Lévesque, Nicole, Beaulé, Ghislain, Table régionale de coordination des services en jeunesse, Programme Jeunesse, Abitibi-Témiscamingue, Suivis de l'Entente-cadre CLSC-CJ , (14 décembre 2000) Présentation Power Point.	▶ Présentation du plan de travail en A.-T. pour offrir des services intégrés aux jeunes de cette région. (Bases, orientations, défis)
	R08-01-02	● Belley-Lévesque, Nicole, Table régionale de coordination des services en jeunesse, Programme Jeunesse, Abitibi-Témiscamingue, Priorités d'action à amorcer dès 2001 , (15 décembre 2000)	▶ Ici sont précisées les priorités d'action pour l'année 2001 et les suivantes.
	R08-01-03	● Belley-Lévesque, Nicole, Table régionale de coordination des services en jeunesse, P.R.O.S. - Priorités du M.S.S.S. - Actions terrains- Intersectorialité- Interdirections , Documents divers.	▶ Plusieurs documents de présentation qui énoncent les éléments importants à tenir compte dans la démarche.

Région	Classement	Document	Commentaires
CÔTE-NORD (09)	● À venir		▶ À venir
Région	Classement	Document	Commentaires
GASPÉSIE (11)	● À venir		▶ À venir
Région	Classement	Document	Commentaires
CHAUDIÈRE APPALACHES (12)	R12-00-01	● CLSC Desjardins, C.J. Chaudière-Appalaches, ville de Lévis, Hôtel-Dieu de Lévis, CAPJ, école Champagnat, CPE Petite Grenouille, ALTO Lévis, maison de la famille Rive-sud et le CEGEP Lévis-Lauzon, Candidature de l'équipe jeunesse-famille de la M.R.C.Desjardins , (avril 2000), Prix reconnaissance en gestion.	▶ Document qui présente le projet dans son ensemble. Il raconte les grandes étapes de la mise en place d'équipes intégrées de services (ÉJF Desjardins), les résultats et les conditions de réussite.
	R12-00-02	● Équipe jeunesse-famille MRC Desjardins, Plan d'action triennal de l'équipe jeunesse-famille de la MRC Desjardins , (1999-2002).	▶ Très solide plan d'action qui intègre tous les partenaires d'un milieu, la M.R.C. Desjardins.
Région	Classement	Document	Commentaires
LAVAL (13)	R13-99-01	● Arpin, Richard, Louis Bruneault et Chantal Lachance, Étude des besoins concernant la formation et le perfectionnement en matière d'agression sexuelle , Centre jeunesse de Laval, (1999).	▶ Essentiellement une grille d'évaluation des besoins de formation en matière d'abus sexuel pour les différents intervenants du milieu. (Grille vierge et compilation).
	R13-99-02	● Centre jeunesse de Laval, Regroupement fonctionnel des services CLSC et CJL du territoire Mille-Îles , (1997). Protocole de gestion des dossiers partagés.	▶ Document qui balise et détermine les mécanismes de référence dans les dossiers partagés par les deux établissements.
	R13-99-03	● Faucon, Jean, CLSC et Centre jeunesse de Laval. Des établissements qui s'appuient pour les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille , Services à la jeunesse, (1999). Document présenté aux directions des établissements.	▶ Synthèse présentant les résultats d'une consultation auprès du personnel des deux établissements. Il reprend les différents volets de l'entente cadre pour en faire ressortir le: « Comment ça se passe... » et le « Comment ça devrait se passer... ».

Région	Classement	Document	Commentaires
LAVAL (13)	R13-99-04	● Faucon, Jean, <i>Recommandations</i> , Services à la jeunesse. (1999), Document présenté aux directions des établissements.	► Voici les recommandations découlant de la consultation précédente.
	R13-99-05	● Faucon, Jean, <i>Grille de collecte d'informations pour l'état de situation</i> CLSC/CJ, (1998).	► Grille de collecte de données pour la démarche précitée.
	R13-99-06	● Compte rendu : <ul style="list-style-type: none"> • Rencontres de coordination des zones : 15 /01/99 et 3/02/99. • Rencontres avec le CLSC Sainte-Rose : 8/01/99 et 4/02/99. • Rencontre avec le CLSC Norman Bethune : 5/02/99. • Rencontres avec le CLSC des Mille-Îles : 18/12/98 et 21/01/99. • Rencontres avec le service d'évaluation du Centre jeunesse de Laval : 14/01/99 et 28/01/99. • Rencontres avec le service « Intervention dans le milieu ». Centre jeunesse de Laval : 18/12/98 et 19/01/99. • Rencontres avec le CLSC du Marigot : 16/12/98 et 13/01/99. • Rencontre avec les intervenants de l'évaluation : 27 /01/99. • Rencontres avec le service d'accueil Centre jeunesse de Laval : 23/12/98 et 10/02/99. • Rencontre avec le service de l'accès et L.J.C. Centre jeunesse de Laval : 23/12/98 et 28/01/99. 	► Compte rendu des différentes rencontres effectuées dans le cadre de la démarche de rapprochement CJ/CLSC.
	R13-99-07	● Comité de pilotage CJ et CLSC de Laval, <i>Orientations du comité des directions générales</i> , (17 mai 1999).	► Ce document énonce les quatre grandes orientations du comité de même que les décisions qui en découlent.
	R13-99-08	● Comité de pilotage CJ et CLSC de Laval, <i>Mandats des comités</i> , Élaboration des protocoles relatifs aux zones de collaboration, (14 juin 1999).	► Formation de comités de travail.
	R13-99-09	● CJ/CLSC Laval, <i>Zones de collaboration obligatoire par situation selon le cadre de référence CJ/CLSC</i> , Document de travail.	► Huit zones sont décrites dans un tableau avec une définition claire du rôle de chacun.

Région	Classement	Document	Commentaires
LAVAL (13)	R13-00-01	● Centre jeunesse de Laval et CLSC-CHSLD Mille-Îles, Projet de coordination des services intégrés jeunesse sur le territoire des Mille-Îles , Bilans d'étape, (versions du 16 et du 29 mars 2000), Document de travail.	▶ Deux versions du premier bilan de ce projet d'une coordination commune sur un territoire à Laval. En annexe, on retrouve une liste des moyens et une répartition du temps du gestionnaire.
	R13-00-02	● Entente cadre CJ-CLSC, Implantation des protocoles , Projet, Phase II (2000).	▶ Tableau récapitulatif des différents éléments d'implantation du protocole et leur niveau d'atteinte.
	R13-00-03	● Formulaire de demande de collaboration CLSC/Centre jeunesse de Laval, Grille d'analyse de la situation et des besoins du client , (2000), Document de travail.	▶ Formulaire pour l'intervenant.
	R13-00-04	● Les CLSC, le Centre jeunesse de Laval, Protocole d'entente entre les CLSC et le Centre jeunesse de Laval , <i>Les CLSC et le Centre jeunesse de Laval : des établissements qui s'appuient pour les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille</i> , (13 décembre 1999), Document de travail.	▶ Le projet de protocole est très bien décrit ici et précise les différentes modalités d'application.
	R13-00-05	● CLSC de Laval/Centre jeunesse de Laval, Plan de communication , Services à la jeunesse, (novembre 1999), Document de travail.	▶ Un plan de travail fort articulé qui vise à fournir une information adéquate au personnel des deux établissements, aux collaborateurs et à la population.
	R13-00-06	● Région de Laval, Aperçu des ressources disponibles aux CLSC et au Centre jeunesse de Laval lors de situations de crise et de situations d'urgence , Laval.	▶ Bref document qui présente les services disponibles.
	R13-00-07	● Les CLSC et le Centre jeunesse de Laval, Protocole d'entente entre les CLSC et le Centre jeunesse de Laval : des établissements qui s'appuient pour les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille , (fév. 2000), Document de travail.	▶ Version retravaillée du protocole.
	R13-00-08	● Cadre de référence Centre jeunesse/ CLSC, Région de Laval, Compte rendu de la réunion des directions générales des CLSC et du Centre jeunesse de Laval , (17 mai 1999).	▶ Recommandations du comité de pilotage aux directeurs des établissements et décisions faisant suite.
	R13-00-09	● Comité de pilotage/ Cadre de référence CJ-CLSC, Compte rendu de la rencontre du 21 février 2000/10 mars 2000/29 mars 2000/10 avril 2000 , Documents de travail.	▶ Ils permettent de suivre l'évolution des travaux de ce comité.

Région	Classement	Document	Commentaires
LAVAL (13)	R13-00-10	● Comité directeur, <i>Compte rendu de la rencontre du 13 décembre 1999 - 7 février 2000</i> , Documents de travail	▶ Ils permettent de suivre l'évolution des travaux de ce comité.
	R13-00-11	● Comité directeur, <i>Faits saillants de la rencontre du 30 septembre 1999</i> , (13 décembre 1999), Document de support.	▶ Principaux points ressortis lors de la rencontre de consultation (peurs, préjugés, recommandations).
	R13-01-01	● Groupe de travail CLSC/CJ de Laval, <i>Support organisationnel au transfert des appels entre CJ-CLSC</i> , (Possiblement février 2000), Document de travail.	▶ Projet de mise en place d'un système téléphonique permettant les transferts d'appels entre les établissements.
	R13-01-02	● Desmarais, Jean, Faucon, Jean, Neault, Aline, <i>Coordination des services intégrés jeunesse sur le territoire de Mille-Îles à Laval</i> , (4 janvier 2000).	▶ Description du projet de coordination intégré avec le déroulement prévu.
	R13-01-03	● Centre jeunesse Laval, <i>Le Bonjour</i> , Vol. 7, Numéro 5 (décembre 2000).	▶ Journal d'information bien présenté qui propose quelques articles au personnel sur le rapprochement CJ/CLSC.

Région	Classement	Document	Commentaires
LANAUDIÈRE (14)		● À venir	▶ À venir

Région	Classement	Document	Commentaires
LAURENTIDES (15)	R15-00-01	● Conseil multidisciplinaire du CLSC Thérèse-de-Blainville, <i>Cadre de référence sur la pratique psychosociale au CLSC Thérèse-de-Blainville</i> , (8 juin 1999), Comité sur l'appréciation et l'amélioration de la pratique psychosociale.	▶ Document très complet qui balise et précise le rôle de l'intervenant psychosocial dans cet établissement (valeurs, orientations professionnelles).

Région	Classement	Document	Document
MONTÉRÉGIE (16)	R16-99-01	● Hade, Lisette, <i>Le partenariat dans le domaine social : une mode ou une nécessité?</i> Rapport d'intervention présenté à l'ENAP en vue de l'obtention de la maîtrise en administration publique, Montréal, (septembre 1998).	▶ Étude très exhaustive que cette dame a mené dans le cadre de sa formation. Elle est documentée, elle s'est intéressée à plusieurs expériences « terrains » de partenariat CJ/CLSC, (document de référence incontournable).
	R16-99-02	● Les Centres jeunesse de la Montérégie, <i>Partenariat - Les orientations stratégiques</i> (1999), Document synthèse.	▶ Probablement une présentation Power Point, en couleur, qui a été préparée pour les CJ et qui présente la volonté de partenariat de même que le plan d'action en Montérégie.
	R16-99-03	● Cadieux, André pour Les Centres jeunesse de la Montérégie. <i>Les CLSC et les Centres jeunesse de la Montérégie s'associent pour mieux coordonner leurs services</i> , (21 avril 1999), Communiqué de presse.	▶ Communiqué de presse qui a fait suite à la journée du 13 avril 1999, (Séminaire d'appropriation).
	R16-99-04	● Les Centres jeunesse de la Montérégie, le CLSC Saint-Hubert et le CLSC Haute-Yamaska, « <i>Au-delà des mots, des leviers pour le faire. . .</i> », <i>Projet de partenariat présenté conjointement dans le cadre du programme d'aide à l'action concertée de la Régie régionale</i> , (14/01/1999).	▶ Présentation du projet de partenariat : Projet bien circonscrit qui vise quatre objectifs spécifiques : développer, instrumenter, identifier et produire.
	R16-99-05	● Charbonneau, Johanne, Streit, Yvonne, <i>Rapport d'évaluation de l'implantation des projets PIF PAF POF</i> , Montréal, (janvier 1999).	▶ Document important qui évalue l'implantation de ces trois programmes d'intervention auprès des familles négligentes de la Montérégie, (coûts, formation, retombées).
	R16-99-06	● Gagnon, Denise et Sonia Gilbert, <i>Intervention pré-rétention des signalements, Projet novateur</i> , Centre jeunesse de la Montérégie, (21 février 1997).	▶ Document de présentation de ce projet : Un projet échelonné sur deux ans d'une équipe terrain qui évalue la compromission en regard de la LPJ à l'étape RTS.
	R16-99-07	● Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, <i>Évaluation du protocole Montérégien de la collaboration CPEJ-CLSC dans les situations de jeunes connus des CLSC et signalés au DPJ</i> , (octobre 1993).	▶ Bilan de l'implantation du protocole dans cette région. Outil de mesure pour valider leur fonctionnement à ce niveau. Comité conjoint (CCLS/CJ). N/B en annexe IV, fiche de transmission.

Région	Classement	Document	Document
MONTÉRÉGIE (16)	R16-99-08	● Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Projet pilote de référence des Centres jeunesse de la Montérégie (CJM) aux CLSC de la Montérégie pour la clientèle 0-5 ans , (30 août 1995).	▶ Projet découlant du précédent. Il propose une référence systématique de la clientèle 0-5 ans qui est jugée non compromise mais en besoin de services, vers les CLSC.
	R16-99-09	● Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Programme jeunesse. Devis d'allocation de 700 000 \$. Projet régional d'intervention auprès des jeunes et des familles en crise , DCSC. Services spécialisés et de réadaptation, Jeunes en difficulté, (9 novembre 1998).	▶ Mise en place d'un programme d'intervention en situation de crise. On y décrit la proposition, ses assises, les besoins perçus, la clientèle, l'accès, les coûts, les conditions de succès. Projet novateur et intéressant.
	R16-99-10	● Regroupement des CLSC de la Montérégie et Centre jeunesse de la Montérégie, Des collaborations déjà existantes , Comité tactique CLSC/CJM, (1999), Portrait de la collaboration CLSC/CJM.	▶ Plan d'action du comité avec des tableaux très intéressants sur ce qui existe comme démarches de rapprochement réalisées et ce qui est à mettre en place pour chacun des territoires de CLSC.
	R16-99-11	● Regroupement des CLSC de la Montérégie et le Centre jeunesse de la Montérégie, Séminaire d'appropriation de l'entente cadre CLSC/CJM , (13 avril 1999), Synthèse des ateliers.	▶ Document synthèse qui énonce le point de vue des participants CLSC/CJ à chacun des thèmes proposés : obstacles, préjugés, irritants, garanties et valeurs rajoutées.
	R16-99-12	● Cadieux, André et Charbonneau, Johanne, Le partenariat qu'osse ça donne ??? et L'évaluation des PIF PAF POF : Un bilan positif et des leçons à retenir , Deux articles parus dans la revue « L'enjeu », Vol. 6, No. 2 (mars 1999).	▶ Deux articles intéressants à lire.
	R16-99-13	● Territoire CLSC St-Hubert et de la Haute-Yamaska, Proposition de rapprochement , (15 avril 1998).	▶ Document présentant sur deux territoires une proposition de rapprochement CJ/CLSC (avec schéma intégrateur).
	R16-99-14	● Regroupement des CLSC de la Montérégie et les CJ de la Montérégie, Entente cadre CLSC/CJ, Séminaire d'appropriation , St-Hyacinthe, (13 avril 1999), Dépliant/Invitation.	▶ Invitation et programmation du séminaire d'appropriation qui s'est tenu à St-Hyacinthe pour les gens de la Montérégie.
	R16-00-01	● CLSC du Havre, les Centres jeunesse de la Montérégie et la Commission scolaire de Sorel-Tracy, S.T.E.P Service de la Table d'accès en partenariat , (1999).	▶ Document qui présente le projet. C'est un projet à trois partenaires et plus, il vise une clientèle de 5 à 12 ans dans la région de Sorel, (dépliant d'information en annexe).

Région	Classement	Document	Document
MONTÉRÉGIE (16)	R16-00-02	● Daudelin, Rollande, <i>Projet de consolidation/Centre jeunesse de la Montérégie/ CLSC de la Haute-Yamaska</i> , (31 mars 2000), Document de travail.	▶ Un document présentant le projet. Deux moyens mis en place, « L'équipe de coordination fonctionnelle CJ/CLSC » et « les foyers de discussion clinique » y sont décrits et balisés.
	R16-00-03	● Lalonde, Carole, Gauthier, Serge et Cadieux, André, <i>Au-delà des mots... des leviers pour le faire, à mi-chemin du parcours</i> , (2000), Les Centres jeunesse de la Montérégie et le regroupement des CLSC de la Montérégie.	▶ Document complet qui nous donne du recul sur les efforts réalisés en Montérégie pour mettre en place ce rapprochement. On y explique les projets sur quatre territoires et les difficultés rencontrées.
	R16-00-04	● <i>CJ de la Montérégie/CLSC Vallée des forts, Programme PIF</i> , Feuillet d'information.	▶ Feuillet qui présente le programme PIF aux parents et aux jeunes de la région.
	R16-00-05	● Tremblay, Hélène et Bouchard, Claude, <i>Demande de support financier d'une activité de formation conjointe CLSC-CJM</i> , Les CLSC-CHSLD Champagnat de la Vallée des Forts et le CJ de la Montérégie, (7 octobre 1999).	▶ Cette demande de support financier devient une occasion pour deux équipes d'intervenants de revoir leur modèle d'intervention et de découvrir ensemble une autre façon de faire à travers la « thérapie brève orientée vers les solutions ».
	R16-00-06	● Cadieux, André et Levert, Lucie, Regroupement des CLSC et le CJ de la Montérégie, <i>Pour des services jeunesse intégrés</i> , (septembre 2000), Diagnostic et plan de consolidation.	▶ Un bijou de document tout en couleur qui trace le bilan 2000 des efforts réalisés en Montérégie pour chacun des éléments de l'entente cadre. À noter, le superbe tableau synthèse.
	R16-00-07	● Moreau, André, Leblond, Claude et Racine, Luc, CH de Granby, CLSC de la Haute-Yamaska, CLSC de la Pommeraie, <i>Modèle de traitement des demandes en services de santé mentale jeunesse, clientèle 0 à 17 ans</i> , (février 1998).	▶ Document explicatif d'un projet d'intégration de services qui précise les mécanismes d'accès aux services de pédopsychiatrie du CH de Granby.
	R16-00-08	● Moreau, André, Leblond, Claude et Racine, Luc, CH de Granby, CLSC de la Haute-Yamaska, CLSC de la Pommeraie, <i>Accueil, évaluation et orientation des demandes en services de santé et services sociaux, Programme santé mentale jeunesse</i> , (1999), Grille de référence.	▶ La grille utilisée dans le cadre du projet plus haut mentionné : (Voir R16-00-07).

Région	Classement	Document	Document
MONTÉRÉGIE (16)	R16-00-09	● Commission scolaire du Val-des-Cerfs, CLSC de la Haute-Yamaska, <i>Les services de santé et les services sociaux, Plan d'actions concertées 2000-2001</i> , (octobre 2000).	▶ On y énumère les services offerts au CLSC pour la clientèle « Enfance/jeunesse ». Est inclus le protocole d'entente entre CLSC et Commission scolaire Val-des-cerfs.
	R16-00-10	● Cadieux, André, <i>Grille de mesure des résultats par territoire de CLSC : Région de la Montérégie</i> , (3 novembre 2000).	▶ Grille remise lors d'une présentation en novembre 2000. Elle compile et présente les principaux résultats de la recherche pour chacun des territoires de la Montérégie.
	R16-01-01	● Barrette, Monique, CLSC de Beauharnois, CJ Huntingdon- Valleyfield-Île Perrot, <i>Projet OUF « Oasis Unique pour les Familles »</i> , (21 mars 2001). Communiqué de presse.	▶ Projet de répit très intéressant dans la région de Valleyfield. Pochette de communiqué de presse, dépliant s'adressant aux intervenants.
	R16-01-02	● Cadieux, André, Levert, Lucie, Regroupement des CLSC et les Centres jeunesse de la Montérégie, <i>Portrait de clientèle à risque sur le territoire de la Montérégie</i> , (janvier 2001).	▶ Document s'adressant aux différents coordonnateurs des deux établissements et présentant un portrait de la clientèle pour chacune des régions. Tableaux de bord et constats.
	R16-01-03	● Centres jeunesse de la Montérégie, <i>L'enjeu</i> , Volume 8, Numéro 2, (avril 2001).	▶ Journal interne du CJ : On y retrouve plusieurs articles sur des projets conjoints avec le CLSC et d'autres organismes du milieu. Réf., pages 2-10-14.
	R16-01-04	● CLSC et CJ de la Montérégie, <i>Colloque intersectoriel : Intervenir en réseau, une valeur ajoutée pour l'intervenant, le jeune et sa famille</i> , contenu des ateliers et références- dépliant- communiqué de presse- inscription et trajet, Longueuil (4 mai 2001).	▶ Informations sur ce colloque conjoint qui s'est tenu au printemps.