

Rôles, activités clés et compétences de l'intervenante privilégiée des SIPPE

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

Juin 2012



Auteure

Isabelle Duguay, agente de planification, programmation et recherche, Programme enfance-jeunesse, DSP

Avec la collaboration de

Luce Bordeleau, agente de planification, programmation et recherche, Programme enfance-jeunesse, DSP

Remerciements pour collaboration spéciale

Sylvie Bériault, agente de planification, programmation et recherche, Programme enfance-jeunesse, DSP

Lydia Rocheleau, agente de planification, programmation et recherche et responsable d'équipe, Programme enfance-jeunesse, DSP

Andrée Brunet, agente de planification, programmation et recherche, Programme enfance-jeunesse, DSP

Validation par les membres du Comité de travail pour le développement continu des compétences de l'intervenante privilégiée des CSSS dans le cadre du programme SIPPE (par ordre alphabétique)

Manon Fleury, chef d'administration de programme, CSSS Richelieu-Yamaska

Monic Frank, superviseur clinique des SIPPE, CSSS Champlain—Charles-Lemoyne

Lucie Levasseur, assistante au supérieur immédiat (ASI), CSSS Haut-Richelieu—Rouville

Renelle Poitras, assistante au supérieur immédiat (ASI), CSSS Pierre-Boucher

Nathalie Scott, chef d'administration de programme, CSSS de la Haute-Yamaska

Linda Simard, chef d'administration de programme, CSSS Haut-Richelieu—Rouville

Mise en page et révision linguistique

Manon Lévesque, agente administrative, DSP

Ce document est disponible en version électronique sur le portail extranet de Santé et services sociaux Montérégie – <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/index.fr.html>, section documentation.

Dans ce document, le générique féminin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Reproduction ou téléchargement autorisé à des fins non commerciales avec mention de la source :

DUGUAY, Isabelle et coll. *Rôles, activités clés et compétences de l'intervenante privilégiée des SIPPE — Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, Longueuil, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, 2012, 26 p.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-89342-560-3 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89342-561-0 (version PDF)

© Tous droits réservés

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2012

Liste des acronymes

ASI	Assistante au supérieur immédiat
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique
GMF	Groupe de médecine de famille
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSDGEE	Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NEGS	Naître égaux – Grandir en santé
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PSI	Plan de service individualisé
RLS	Réseau local de services
SDGEE	Services de garde éducatifs à l'enfance
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Table des matières

Liste des acronymes.....	3
Introduction.....	5
Mise en contexte	6
Deux concepts clés : l'intervention préventive et l'intervention directe auprès de l'enfant pour favoriser son développement optimal	6
L'intervention préventive au sein du programme SIPPE	6
Vers la mise en place d'un continuum de service en petite enfance et en périnatalité	8
L'intervention directe auprès de l'enfant pour favoriser son développement optimal	9
La notion d'intervenante privilégiée	10
Les qualités professionnelles de l'intervenante privilégiée.....	10
Pour un développement continu des compétences : définition des rôles, activités clés et compétences de l'intervenante privilégiée SIPPE	12
Tableau 1 — Rôles et activités clés de l'intervenante privilégiée des SIPPE	13
Tableau 2 — Définition des compétences - Intervenante privilégiée SIPPE	15
Annexes	17
Annexe 1 — La relation de confiance	18
Annexe 2 — L'équipe interdisciplinaire	19
Annexe 3 — L'intervenante privilégiée.....	21
Annexe 4 — L'approche écologique	23
Annexe 5 — L'intervention planifiée	24
Références	26

Introduction

En mars 2012, un comité composé de superviseurs cliniques, de responsables d'équipes, de gestionnaires des équipes des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et de professionnels de la Direction de santé publique (DSP) a été mis sur pied afin de valider et de bonifier le contenu du document « Rôles, activités clés et compétences de l'intervenante privilégiée des SIPPE » proposé par la DSP de la Montérégie.

Ce document pose les balises permettant de guider les actions visant le développement continu des compétences de l'intervenante privilégiée des SIPPE appelée à contribuer au déploiement des interventions de promotion et prévention auprès des enfants et des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ces orientations s'inscrivent en continuité des travaux amorcés en 2008, dans le cadre du développement continu des compétences des intervenants en petite enfance, où une définition des rôles, activités clés et compétences des superviseurs cliniques des SIPPE et des consultantes en lactation avait été réalisée. De plus, les présentes orientations tiennent compte des recommandations d'optimisation déposées au MSSS par le comité-conseil postchantier sur les SIPPE⁵.

Rappelons que le travail de l'intervenante privilégiée est au cœur de l'intervention proposée pour accompagner les enfants et les familles vivant en contexte de vulnérabilité. L'intervenante privilégiée œuvre au sein d'une équipe multidisciplinaire qui travaille dans une perspective d'interdisciplinarité. Diverses professions peuvent assumer ce rôle auprès d'une famille : infirmière, travailleuse sociale, psychoéducatrice, nutritionniste, psychologue ou agente de relation humaine.

La définition des rôles, activités clés et compétences de l'intervenante privilégiée proposée dans le présent document s'adresse aux gestionnaires, aux superviseurs cliniques et aux intervenants des CSSS impliqués dans les SIPPE.

Le document présente le contexte dans lequel s'inscrivent les rôles et activités clés. Les rôles et activités clés ainsi que leur formulation par « compétences » se retrouvent dans deux tableaux. Finalement, des annexes précisant certaines notions abordées dans le contenu se retrouvent à la fin du document.

« Comprendre les pratiques professionnelles exige que l'on s'intéresse, en premier lieu, aux personnes – aux acteurs – impliqués dans les situations où ces pratiques ont lieu. »

(Le Boterf, 2004)

Mise en contexte

Dans le rapport déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2011), le comité-conseil postchantiers sur l'optimisation des SIPPE réaffirme⁵ :

1. l'importance du rôle de l'intervenante privilégiée pour favoriser le lien de confiance (Annexe 1) avec la famille et la continuité du suivi dans le cadre du programme SIPPE;
2. l'importance du travail en interdisciplinarité au sein d'une équipe multidisciplinaire (Annexe 2).

Par ailleurs, la recommandation de situer les SIPPE dans le volet préventif d'un continuum de services en périnatalité et en petite enfance vient appuyer la nécessité de définir les rôles, activités clés et compétences de l'intervenante privilégiée avec le souci de bien les situer à l'intérieur de ce continuum. C'est donc dans cet esprit que nous vous invitons à utiliser les notions présentées dans ce document concernant l'intervenante privilégiée.

Deux concepts clés : l'intervention préventive et l'intervention directe auprès de l'enfant pour favoriser son développement optimal

L'intervention préventive au sein du programme SIPPE

Le soutien individualisé offert par le biais du volet de l'accompagnement des SIPPE vise ultimement à favoriser le développement optimal des jeunes enfants présentant des facteurs de risque. Deux facteurs de risque sont reconnus par la littérature pour être associés à la vulnérabilité, soit la pauvreté et la sous-scolarisation des parents. Il a été clairement démontré que la présence de ces facteurs de vulnérabilité peut nuire à la qualité de la relation entre le parent et l'enfant et infléchir négativement le parcours développemental de l'enfant.

Dans cette perspective, il s'avère important d'offrir aux enfants et aux familles présentant ces facteurs de risque un soutien personnalisé caractérisé par la précocité, l'intensité et la durée du suivi afin de favoriser le développement optimal des enfants et prévenir l'émergence de difficultés.

Tel que stipulé dans le cadre de référence SIPPE⁷ : « Tant les habitudes de vie que les attitudes des parents par rapport à l'éducation de leurs enfants influencent la vie familiale et, par conséquent le développement et l'adaptation sociale de l'enfant » (p. 3). C'est pourquoi les interventions à caractère préventif, effectuées par l'intervenante privilégiée, tenteront de soutenir le rôle et les pratiques parentales ainsi que les conditions de vie familiale.

L'intervention préventive au sein du programme SIPPE (suite)

Ainsi, l'intervention préventive se situe, de façon générale, dans un rôle d'éducation et de sensibilisation. Ces actions, basées sur des stratégies d'intervention et contenues dans le plan d'intervention du parent et/ou de l'enfant, consistent à faciliter l'apprentissage et l'acquisition de nouveaux comportements ou d'aptitudes visant le développement de leurs ressources individuelles et familiales, indispensables au choix d'un mode de vie et de conditions de santé saines.

Les nouvelles connaissances, compétences ou aptitudes, développées par le parent, influenceront ses choix et ses comportements, pour lui-même et pour l'amélioration du bien-être de son enfant. Le parent peut nécessiter un accompagnement par l'intervenante privilégiée en regard aux aspects de sa situation sur lesquels il souhaite ou devrait agir. Cet échange permettra une meilleure compréhension de ses besoins et encouragera une adhésion afin d'adopter des comportements et des pratiques parentales positives pour sa situation, et celle de son enfant, tout en se reconnaissant comme acteur central ayant du pouvoir sur sa vie (*empowerment*).

À cet égard, la perception et le positionnement de l'intervenante privilégiée sont plus que jamais centrés sur la notion d'accompagnement et d'engagement du parent, dans un esprit de construction et de développement. La relation de confiance mutuelle, la connaissance des forces et des conditions de vie de l'individu aussi bien que la maîtrise des stratégies et des moyens d'interventions adaptés aux capacités des parents sont quelques conditions gagnantes qui favoriseront l'évolution de la famille.

Les interventions en « situation de crise », bien qu'elles puissent apporter une mobilisation au changement, doivent être traitées en complémentarité au plan d'intervention préétabli avec le parent.

La venue d'un continuum de service en périnatalité et en petite enfance permettra aux individus, se retrouvant régulièrement en situation de crise, de bénéficier de services répondants davantage à leurs besoins, à travers une trajectoire de service défini.

Vers la mise en place d'un continuum de service en petite enfance et en périnatalité

Assurer à tous les enfants et à leur famille la réponse appropriée à leurs besoins implique la mise en place d'une gamme de services continus et complémentaires s'inscrivant dans des trajectoires de services permettant de répondre à l'ensemble des besoins. Les SIPPE se situent dans le volet préventif de ce continuum de services (promotion et protection de la santé, prévention, adaptation et réadaptation).

Tel que stipulé dans le rapport du comité-conseil postchantiers des SIPPE (2011)⁵, « L'intervention doit être davantage centrée sur une vision commune des profils et des besoins des enfants et de leur famille ainsi que sur l'assurance de la continuité et de la complémentarité des divers programmes de première ligne, particulièrement entre les SIPPE et le programme d'intervention en négligence, des autres programmes de première ou de deuxième lignes (santé mentale ou dépendances, par exemple) ainsi que des services généraux et médicaux » (p. 11).

Le comité-conseil propose les quatre recommandations suivantes pour favoriser la mise en place d'un continuum de services en périnatalité et pour la petite enfance dans lequel les SIPPE s'inscrivent dans le volet préventif de ce continuum (p. 11-12) :

1. Assurer le déploiement d'un continuum de services en périnatalité et pour la petite enfance (promotion et protection de la santé, prévention, adaptation et réadaptation) offrant aux enfants et à leurs parents des services accessibles, continus et de qualité.
 - **Situer les SIPPE dans l'axe relatif à la prévention de ce continuum.**
 - Favoriser la mise en place de processus formels de collaboration à tous les paliers (local, régional et national).
2. Clarifier les liens entre le programme SIPPE et le programme d'intervention en négligence en vue de faciliter l'organisation des services en périnatalité et pour la petite enfance dans les CSSS.
 - Définir les profils de famille à risque et en difficulté.
 - Soutenir les agences de la santé et des services sociaux dans leur rôle de *leader* pour l'optimisation des trajectoires de services et la prise en compte du soutien à l'exercice du rôle parental dans les interventions des divers programmes.
 - Orienter les familles vers le bon programme.
 - > Suivre, à l'occasion du premier contact au CSSS, une démarche systématique d'aide à la décision en ayant recours à une grille d'analyse sommaire de la situation des familles et à une brève description des programmes existants afin de déterminer lequel est le plus approprié aux besoins des enfants et des parents.
3. Avoir, au palier local, une vision commune tant des besoins des enfants et des parents que des trajectoires de services.

Vers la mise en place d'un continuum de service en petite enfance et en périnatalité (suite)

4. Éviter toute rupture de services lorsque les besoins évolutifs d'une famille requièrent d'autres types de services que ceux offerts par exemple, par le programme SIPPE.

Le repositionnement du programme SIPPE dans une perspective préventive sera possible dans la mesure où les conditions d'accès et l'offre de services s'inscrivent dans une perspective de continuité et de complémentarité, au sein d'un environnement favorable au développement optimal des enfants.

L'intervention directe auprès de l'enfant pour favoriser son développement optimal

Les travaux sur l'optimisation des SIPPE ainsi que la documentation scientifique nous indiquent que l'intervention précoce combinée au soutien parental est une combinaison essentielle afin d'assurer des bénéfices tangibles sur le développement de l'enfant. Ainsi, les activités planifiées à domicile qui mettent en action l'enfant **avec** son parent sont des moyens privilégiés qui permettent à ce dernier de pouvoir développer et intégrer des notions favorisant une approche adaptée aux besoins de son enfant, mais aussi de développer le goût et l'importance d'investir affectivement celui-ci à travers les soins au quotidien et les périodes de jeu. L'intervention directe se présente comme un incontournable dans l'approche et la philosophie des SIPPE et s'actualise par différents moyens : activités structurées au domicile, fréquentation de l'enfant dans un service de garde éducatif à l'enfance (SDGEE) de qualité et participation des familles à des activités de stimulation précoce. Pour soutenir la mise en œuvre des SIPPE et assurer un transfert des connaissances, le MSSS a publié trois guides d'intervention ainsi que deux outils d'aide à la tâche complémentaires dont un développé par la DSP de la Montérégie :

- « *Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an* », 2005 et son outil d'aide à la tâche complémentaire « *L'attachement au cœur du développement du nourrisson* », 2007.
- « *Naître ici et venir d'ailleurs* », 2007.
- « *Guide d'intervention pour soutenir les pratiques parentales* » 2009 et l'outil d'aide à la tâche complémentaire « *Favoriser le développement des enfants âgés de 1 à 5 ans* », 2011, développé par la DSP de la Montérégie.

La notion d'intervenante privilégiée

Cette partie traite des notions entourant principalement les qualités professionnelles de l'intervenante privilégiée. Dans la perspective des compétences en lien avec le « savoir-être » constituant un élément indispensable à la mise en place de leviers qui sous-tendent la création d'un lien de confiance nécessaire à l'accompagnement des familles, l'intervenante privilégiée tiendra compte de l'influence de ses qualités professionnelles et de leurs impacts sur son mode d'intervention auprès des familles qu'elle dessert. Vous trouverez, à l'annexe 3, un complément d'informations sur le contexte dans lequel s'inscrit le rôle de l'intervenante privilégiée.

Les qualités professionnelles de l'intervenante privilégiée⁷

L'intervenante privilégiée aura certaines attitudes favorables à une relation stable et continue. Elle doit d'abord et avant tout ne pas avoir de préjugés contre les familles les plus démunies ni émettre de jugements défavorables sur elles. Ensuite, l'empathie lui permettra de comprendre ce que vivent les familles rencontrées et de bien saisir les émotions qu'elles ressentent. C'est encore l'empathie qui lui permettra de décoder ce qui est le plus important dans la vie et dans l'environnement des familles. Ce qu'elle apprendra de ces familles pourrait ensuite l'amener à remettre en question ses propres valeurs. Quant à la considération, elle contribue à faire reconnaître chez les autres leur potentiel de ressources, de forces et de réelles capacités leur permettant d'avancer comme d'améliorer leur situation. Enfin, la disponibilité rend l'intervenante privilégiée très vigilante et lui permet de rester à l'écoute des personnes qu'elle rencontre; la première doit en effet saisir le sens des messages émis par les secondes ainsi que les émotions qu'éveille chez elles l'information transmise. Cette disponibilité donne une certaine souplesse au suivi en s'opposant à un cadre rigide qui ne saurait tenir compte des besoins individuels et spontanés de chacun des membres de la famille. La disponibilité est chaleureuse et valorisante; elle se vit au présent, elle donne la première place à la personne rencontrée et elle se centre toujours et avant tout sur des solutions qui lui conviennent de façon réaliste. Cette disponibilité peut devenir patience, flexibilité et authenticité. Sans toutes ces qualités, l'intervention se résumerait en un répertoire de trucs et de moyens étrangers au respect de la personne à qui on s'adresse. Voici quelques notions de base qui définissent dans quel contexte l'intervenante privilégiée actualise son intervention :

- « ...la présence d'une intervenante privilégiée est nécessaire tout au long de la période de suivi. Idéalement, selon les écrits scientifiques, la même intervenante devrait soutenir et accompagner la famille pendant cette période. (...) Même si l'on ne peut être certain de pouvoir compter sur les services de la même intervenante durant cinq ans, il faut viser la plus grande continuité possible et, le cas échéant, le changement d'intervenante doit se faire avec toutes les précautions nécessaires » (p. 27).
- « Sur la base des programmes de périnatalité évalués à ce jour, l'intervenante privilégiée est généralement infirmière, mais elle peut être nutritionniste, agente de relations humaines, travailleuse sociale, psychologue, psychoéducatrice ou avoir une autre profession. Elle est rattachée à un centre de santé et de services sociaux et jumelée à une famille selon la correspondance entre les besoins les plus aigus de celle-ci et la profession qui saura le mieux les combler » (p. 27).

Les qualités professionnelles de l'intervenante privilégiée (suite)

- « Pour pouvoir mener à bien son travail de suivi, l'intervenante privilégiée bénéficie de l'appui d'autres professionnels du centre de santé et de services sociaux avec qui elle forme une équipe interdisciplinaire » (p. 27).
- « Il peut toutefois arriver que, selon les besoins particuliers d'une famille, d'autres spécialistes aient à intervenir à un moment ou l'autre du suivi. (...) C'est cependant l'intervenante privilégiée qui entretient le lien de confiance avec la famille tout au long du suivi individualisé » (p. 29).

Cette application inclut la possibilité, telle que proposée dans le cadre de référence, qu'une « intervenante spécialisée » mène une intervention ponctuelle ou à durée variable en collaboration avec l'intervenante privilégiée.

Par intervenante spécialisée, nous entendons³ :

L'intervenante qui peut :

- a) Intervenir ponctuellement auprès d'une famille à un moment ou l'autre du suivi en fonction de son champ de compétence (nursing, travail social, nutrition, psychoéducation/éducation spécialisée, etc.) selon les besoins de la famille, et ce, en collaboration avec l'intervenante privilégiée et en complémentarité avec son intervention;
- b) Offrir ses conseils de spécialiste à l'intervenante privilégiée afin de la soutenir dans son suivi auprès de la famille.

Pour un développement continu des compétences : définition des rôles, activités clés et compétences de l'intervenante privilégiée SIPPE

Les deux tableaux suivants identifient les rôles et activités clés attendus, énoncés en comportement observables, ainsi qu'un référentiel des compétences requises par celles-ci. Ces définitions permettront notamment de bien circonscrire les différents rôles et de cibler les activités clés et/ou les compétences dans le soutien au développement de l'intervenante privilégiée.

Le tableau 1 — *Rôles et activités clés de l'intervenante privilégiée des SIPPE* à la page suivante, propose quatre dimensions où découlent des comportements observables s'y rattachant.

1. Acquérir et développer en continu une expertise clinique en lien avec l'approche préventive des SIPPE dans une perspective écologique;
2. Travailler en interdisciplinarité au sein d'une équipe multidisciplinaire;
3. Offrir un accompagnement individualisé aux enfants et aux familles vivant en contexte de vulnérabilité;
4. Collaborer avec les partenaires intersectoriels.

Le tableau 2 — *Définition des compétences – Intervenante privilégiée SIPPE* à la page 16, identifie des comportements se rapportant aux compétences :

1. De type technique (l'intervenante connaît...);
2. De type comportemental (l'intervenante est capable de...).

Les compétences énoncées sont inspirées des définitions des compétences retenues pour les professionnels du secteur Promotion-Prévention de la DSP de la Montérégie.

Tableau 1 — Rôles et activités clés de l'intervenante privilégiée des SIPPE

RÔLE no 1 - Acquérir et développer en continu une expertise clinique en lien avec l'approche préventive des SIPPE dans une perspective écologique	RÔLE no 2 - Travailler en interdisciplinarité au sein d'une équipe multidisciplinaire	RÔLE no 3 - Offrir un accompagnement individualisé aux enfants et aux familles vivant en contexte de vulnérabilité	RÔLE no 4 - Collaborer avec les partenaires intersectoriels
<ol style="list-style-type: none"> 1. Détient les notions cliniques de base nécessaires à l'intervention préventive (intervention en contexte de pauvreté, approche biopsychosociale, soutien au développement de l'enfant, modèle écologique, etc.). 2. Applique les principes directeurs de l'intervention proposés dans le cadre de référence des SIPPE (ex. : renforcement du pouvoir d'agir, approche par petits pas, etc.). 3. Intègre dans sa pratique les outils d'intervention élaborés par le MSSS pour les SIPPE (ex. : guide d'intervention sur l'attachement, guide d'intervention pour favoriser le développement des enfants de 1 à 5 ans, etc.). 4. Applique les principes de base de la relation d'aide en mobilisant les parents vers des changements de comportement tout en respectant les principes éthiques (empathie, écoute, communication, respect des spécificités et du rythme de la famille, consentement éclairé, etc.). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contribue au travail interdisciplinaire en mettant à profit ses compétences, en vue d'une intervention concertée, pour répondre aux besoins multiples des enfants et des familles. 2. Fait appel à l'expertise des membres de l'équipe et reconnaît cette dernière comme un lieu essentiel de développement professionnel et de soutien mutuel. 3. Adopte des attitudes interprofessionnelles positives (ex. : respect, ouverture, écoute active, confiance mutuelle, saine communication, etc.). 4. Favorise les collaborations entre les membres de l'équipe en participant activement aux discussions de cas. 5. Planifie et structure les discussions de cas qu'elle présente à l'équipe. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilise un langage adapté pour présenter l'offre de service des SIPPE afin d'obtenir un consentement éclairé des familles éligibles. 2. Soutien et accompagne les familles vivant en contexte de vulnérabilité en favorisant la continuité relationnelle et la construction d'un lien de confiance avec celles-ci. 3. Encourage le père et la mère à utiliser les ressources de la communauté. 4. Soutien et accompagne les parents dans leur insertion sociale, l'apprentissage de leurs rôles parentaux et l'adoption de saines habitudes de vie. 5. S'efforce d'établir des liens avec le professionnel qui assure le suivi de grossesse de la femme enceinte (médecin, sage-femme, infirmière praticienne spécialisée.) 6. Dans son accompagnement, tient compte des autres enfants de 0 à 5 ans dans la famille. 7. Offre des visites à domicile selon une intensité variant en fonction de l'âge de l'enfant (voir cadre de référence) et en s'ajustant aux besoins évolutifs de la famille. 8. Intègre systématiquement, dans ses visites à domicile, des activités avec les parents et les enfants de manière à soutenir les pratiques parentales propices au développement optimal de l'enfant et en encourage le réinvestissement quotidien (ex. : guide d'intervention sur l'attachement, guide d'intervention pour favoriser le développement des enfants de 1 à 5 ans). 9. Favorise la participation de la famille à des activités de groupe visant le développement optimal de l'enfant (activités de stimulation précoce offertes dans la collectivité, activités de groupe, etc.). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Connaît les partenaires et les activités de la table locale d'action intersectorielle en petite enfance et au besoin, travaille en collaboration avec l'organisateur communautaire. 2. Connaît l'ensemble des services du continuum en périnatalité et en petite enfance, soit les missions, les conditions d'accès et les mécanismes de références des différents partenaires et collaborateurs concernés par la petite enfance : <ul style="list-style-type: none"> - à l'interne; - au niveau des ressources communautaires; - au niveau des établissements régionaux; 3. Connaît et utilise les ententes locales inter établissements. 4. Élabore au besoin des PSI dans une perspective de continuité de services.

Tableau 1 — Rôles et activités clés de l'intervenante privilégiée des SIPPE (suite)

RÔLE no 1 - Acquérir et développer en continu une expertise clinique en lien avec l'approche préventive des SIPPE dans une perspective écologique	RÔLE no 2 - Travailler en interdisciplinarité au sein d'une équipe multidisciplinaire	RÔLE no 3 - Offrir un accompagnement individualisé aux enfants et aux familles vivant en contexte de vulnérabilité	RÔLE no 4 - Collaborer avec les partenaires intersectoriels
<p>5. Considère et tient en compte dans sa pratique que la santé et le développement des enfants sont influencés par les différents systèmes du modèle écologique (microsystème, mésosystème, exosystème, macrosystème, chronosystème) (Annexe 4).</p> <p>6. Connaît et met à jour ses connaissances des mesures d'aide financière pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité (ex. : programme de soutien financier pour les mineures enceintes).</p> <p>7. Reconnaît ses limites professionnelles et au besoin, est proactive pour demander des consultations cliniques ponctuelles à la superviseure clinique des SIPPE.</p> <p>8. Protège et rehausse la dignité humaine en respectant les croyances et circonstances sociales, culturelles et personnelles des familles.</p>	<p>6. Participe activement aux supervisions cliniques de groupe offertes à l'équipe SIPPE dans une perspective d'interdisciplinarité.</p> <p>7. Adhère aux valeurs et respecte les règles de fonctionnement de l'équipe.</p> <p>8. Lorsque requis, coordonne, au sein de la famille, les contributions ponctuelles des autres membres de l'équipe.</p>	<p>10. Favorise l'intégration des enfants âgés de 2 à 5 ans en services de garde éducatifs à l'enfance (SDGEE) de qualité.</p> <p>11. Poursuit et ajuste le soutien offert aux parents comme un complément essentiel de l'intervention directe effectuée par un SDGEE auprès des enfants de 2 à 5 ans.</p> <p>12. Réalise les étapes du processus de l'intervention planifiée (Annexe 5) à caractère préventif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • évalue les besoins et les forces des parents et des enfants; • échange et valide ses hypothèses et les priorités de travail auprès de la famille <u>en s'assurant de leur accord</u>; • rédige, en collaboration avec la famille, un plan d'intervention (P.I./P.I.I.) centré sur le développement optimal des enfants de 0 à 5 ans et le soutien parental qu'il fait signer par le parent; • planifie et réalise l'intervention en fonction des objectifs visés par le plan d'intervention; • révisé les objectifs et les moyens du plan d'intervention dans un délai convenu avec le parent et effectue les ajustements à sa poursuite; • lorsque requis, initie et/ou collabore à une démarche de plan de service (P.S.I.) dans les situations d'intervention partagée. <p>13. Au besoin, négocie pour l'enfant et sa famille l'obtention des services nécessaires à leurs besoins (services à l'interne et à l'externe).</p> <p>14. En fonction des besoins, réfère la famille et l'accompagne vers les ressources communautaires du milieu.</p>	<p>5. Entretient des relations de collaboration (coopération) et de confiance avec les partenaires internes, les ressources communautaires et les établissements régionaux.</p> <p>6. Selon les demandes de sa direction, prend part aux initiatives locales dans la perspective de représenter les intérêts de la clientèle SIPPE.</p> <p>7. Est sensibilisé aux particularités du territoire du réseau local de services (RLS) desservi en termes de portrait des familles, de présence de services de proximité, de l'organisation des ressources et en tient compte dans la planification de l'intervention.</p>

Tableau 2 — Définition des compétences - Intervenante privilégiée SIPPE

COMPÉTENCES TECHNIQUES (L'intervenante connaît...)	
1. Expertise SIPPE	Connaissance du cadre de référence des SIPPE, des outils d'intervention du MSSS pour les SIPPE et des autres outils pertinents.
2. Expertise clinique spécifique à la clientèle	Connaissances des approches cliniques efficaces et des stratégies d'intervention pertinentes à la clientèle SIPPE. Ex. : attachement, développement de l'enfant, activités de stimulation, intervention en contexte de pauvreté, etc.
3. Connaissance de mesures structurantes du réseau d'intervention	Connaissance de ses responsabilités à l'intérieur du continuum de services dans le respect de son mandat et celui de ses partenaires. Connaissance des outils et du processus de planification de services (PII/PSI).
4. Mécanismes de collaboration intraorganisationnelle, interorganisationnelle et intersectorielle	Connaissance des services et des organismes du réseau local et travaille en collaboration et en continuité avec ceux-ci dans la perspective d'un continuum de services.
5. Contexte juridique des lois encadrant les services à la périnatalité et la petite enfance	Connaissance du contexte juridique des lois (ex : Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance (LSDGEE))et des notions de responsabilité en lien avec le mandat du CSSS et ceux de ses partenaires.
6. Éthique	Connaissance des principes éthiques que les interventions SIPPE doivent appliquer.

COMPÉTENCES COMPORTEMENTALES (L'intervenante est capable de...)	
7. Planification, organisation et évaluation	Planifier l'intervention, notamment les activités de stimulation en lien avec les meilleures pratiques, analyser et évaluer des besoins et effectuer une planification structurée de l'intervention.
8. Animation	Animer des groupes, des discussions de cas et participer activement à la tenue ou l'animation d'un PSI.
9. Relation d'aide	Intervenir dans un contexte de relation d'aide et utiliser des stratégies visant la construction d'un lien de confiance.
10. Travail d'équipe et collaboration	Collaborer efficacement au sein d'une équipe interdisciplinaire, à travailler ensemble et à profiter de la contribution de tous. S'engager dans un esprit de collaboration professionnelle, de coopération et de concertation.

Tableau 2 — Définition des compétences - Intervenante privilégiée SIPPE (suite)

COMPÉTENCES COMPORTEMENTALES (L'intervenante est capable de...) (suite)	
11. Écoute active, compréhension et réponse	Saisir et comprendre avec justesse les pensées, les sentiments et les préoccupations des autres.
12. Innovation	Innover, créer ou adapter des interventions qui respectent les conditions d'efficacité.
13. Souplesse	Adapter ses stratégies et sa planification de service, faire preuve de flexibilité dans son approche auprès des familles et des collaborateurs.
14. Communication	Communiquer efficacement et stratégiquement avec les familles et les acteurs locaux.
15. Démarche réflexive	Capacité de réfléchir sur sa pratique, de décrire une expérience, d'évaluer les réactions et les résultats et d'en tirer des leçons pertinentes qui seront mises en pratique lors de situations similaires.

Tableau inspiré du document de l'Institut national de santé publique du Québec – INSPQ (2005) : « *Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences en santé publique et en gestion par approche populationnelle pour soutenir les centres de santé et de services sociaux* », documentation interne en lien avec le microprogramme universitaire.

Annexes

Toutes les annexes suivantes sont tirées du document : « *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité — Cadre de référence* ». Ministère de la Santé et des Services sociaux⁷.

Annexe 1 — La relation de confiance

Les familles qui sont dans une situation qui les rend vulnérables ont souvent fait l'expérience du rejet et de l'échec. Elles vivent continuellement dans des conditions difficiles, allant même jusqu'à l'exclusion sociale, et il faut comprendre que, pour elles, faire appel à des ressources externes peut évoquer le risque ou faire naître le sentiment de perdre leur fragile équilibre ou encore leurs enfants.

Un défi se pose alors à l'intervenante : la nécessité de vaincre la méfiance des parents et d'établir une relation de confiance avec eux. Ce lien de confiance réciproque entre l'intervenante privilégiée et les membres de la famille peut d'abord aider ces derniers à reprendre confiance en eux et ensuite leur servir de modèle lorsqu'ils veulent nouer des liens de confiance avec d'autres personnes de leur entourage importantes pour eux. Certaines attitudes facilitent l'établissement et le développement du lien de confiance qui est lui-même à la base d'une relation significative entre l'intervenante et la famille. Une attitude respectueuse est de mise; elle permet à l'intervenante de se centrer d'abord et avant tout sur les personnes et le sens que celles-ci donnent à leurs comportements. L'intervenante doit reconnaître les efforts fournis par les membres de la famille pour combler un besoin, résoudre une difficulté, modifier un comportement, se débrouiller, garder le moral ou communiquer avec un organisme. Cette forme d'appui contribue à créer un climat propice aux confidences. La valorisation des forces de la mère, du père ou de l'enfant créera des liens qui amèneront ces personnes à demander plus facilement de l'aide.

La présence régulière de l'intervenante privilégiée permet au lien établi de se consolider avec le temps et favorise l'engagement de chacun des membres de la famille. Il peut toutefois arriver que, selon les besoins particuliers d'une famille, d'autres spécialistes aient à intervenir à un moment ou l'autre du suivi. Par exemple, cette famille aura besoin de services professionnels en travail social ou en psychoéducation, pour stimuler le développement de l'enfant, pendant une certaine période. C'est cependant l'intervenante privilégiée qui entretient le lien de confiance avec la famille tout au long du suivi individualisé.

Annexe 2 — L'équipe interdisciplinaire

Se regrouper dans une équipe interdisciplinaire permet aux professionnels de disciplines différentes d'échanger des idées afin de mieux comprendre les familles étant dans une situation qui les rend vulnérables et de leur apporter un meilleur soutien. La mise en commun d'expériences personnelles et professionnelles diversifiées aide à approfondir l'analyse des situations dans lesquelles se trouvent ces familles; les discussions de cas serviront ensuite tant à l'élaboration qu'à la révision des plans d'intervention et des plans de service individualisés. De plus, les membres de l'équipe interdisciplinaire retirent de leurs rencontres formation et soutien.

Par ailleurs, l'équipe interdisciplinaire peut décider d'actions collectives à mener dans les différents milieux de vie. Pour mettre en œuvre ces projets, elle entretient des relations continues avec les partenaires institutionnels tels que les centres jeunesse et les centres hospitaliers externes aux centres de santé et de services sociaux ainsi qu'avec les organismes communautaires susceptibles d'offrir des services aux familles visées. L'équipe a la responsabilité de transmettre à ces familles toute l'information sur les activités communautaires ou intersectorielles pouvant leur apporter un certain soutien. Elle se souciera enfin de la confidentialité et du respect de l'éthique professionnelle dans le choix des moyens d'intervenir auprès des familles.

Les membres de l'équipe interdisciplinaire

Toutes les professionnelles susceptibles d'agir comme intervenante privilégiée font partie de l'équipe interdisciplinaire. Ayant une formation en santé ou dans le domaine psychosocial, elles sont reliées à la périnatalité, au développement des enfants ou à l'une des spécialités connexes en même temps qu'elles s'intéressent aux besoins des mères, des pères et des enfants. Ainsi, elles peuvent être, entre autres, infirmières, médecins, sages-femmes, nutritionnistes, travailleuses sociales, psychologues, psychoéducatrices, éducatrices ou orthophonistes. Elles ont par ailleurs des habiletés diverses : si certaines sont spécialisées en intervention individuelle, d'autres peuvent avoir une bonne expérience de l'animation. La personne responsable de l'organisation communautaire est également membre de l'équipe interdisciplinaire. Sa principale contribution consiste à faire le lien entre la communauté et les familles étant dans une situation qui les rend vulnérables, de façon à ce que l'on puisse répondre le mieux possible à leurs besoins. Cette personne est souvent la mieux placée pour reconnaître les besoins communs à plusieurs familles et pour proposer les projets qui sauront les combler.

La participation d'experts-conseils peut aussi être utile, notamment pour parler des moyens qui favorisent l'engagement paternel ou encore pour améliorer la qualité de l'intervention dans les cas de toxicomanie ou de violence conjugale, par exemple.

Les conditions favorables au travail interdisciplinaire

Le travail en équipe interdisciplinaire demande des changements en ce qui concerne la pratique; ces changements seront plus ou moins importants selon l'expérience des personnes et des organisations. Certaines conditions facilitent grandement le travail en commun de ressources professionnelles venant de différents horizons.

Annexe 2 — L'équipe interdisciplinaire (suite)

D'après Martin et Boyer (1995), ces conditions sont les suivantes :

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

Annexe 3 — L'intervenante privilégiée

L'intervenante privilégiée a le souci de répondre aux besoins immédiats des familles en ce qui concerne l'amélioration de leur situation. Elle encourage le père et la mère à utiliser les ressources de la communauté; elle les soutient et les accompagne dans leur insertion sociale, l'apprentissage de leurs rôles parentaux et l'adoption de saines habitudes de vie.

L'intervenante privilégiée doit par ailleurs reconnaître que les membres de la famille ont des compétences leur permettant de résoudre leurs problèmes et de se réaliser. Toutefois, il arrive très souvent que ces familles ne se connaissent que très peu de moyens, leurs compétences étant masquées par l'ampleur des difficultés qu'elles vivent. Le travail de l'intervenante privilégiée permettra de faire ressortir ces compétences, notamment par l'intermédiaire d'un projet de vie qui motive tous les membres de la famille à avancer, et qui ne demande qu'à être précisé et à se réaliser avec le soutien de l'intervenante. Celle-ci se souciera que chacun des membres – père, mère et enfants – participe activement à l'évaluation des besoins et des difficultés de la famille ainsi qu'au choix des actions qui permettront au projet familial de se concrétiser.

Elle demeure constamment à l'écoute des besoins de chacun des membres de la famille et les concilie avec leur projet de vie, personnel ou familial. Il va sans dire que le suivi fait par l'intervenante privilégiée exige que celle-ci utilise de nouveaux outils et ait une formation adéquate afin de déterminer quels moyens lui permettront d'aider chacune des familles à réaliser son projet de vie. Sur la base des programmes de périnatalité évalués à ce jour, l'intervenante privilégiée est généralement infirmière, mais elle peut être nutritionniste, agente de relations humaines, travailleuse sociale, psychologue, psychoéducatrice ou avoir une autre profession. Elle est rattachée à un centre de santé et de services sociaux et jumelée à une famille selon la correspondance entre les besoins les plus aigus de celle-ci et la profession qui saura le mieux les combler.

Pour pouvoir mener à bien son travail de suivi, l'intervenante privilégiée bénéficie de l'appui d'autres professionnels du centre de santé et de services sociaux avec qui elle forme une équipe interdisciplinaire. Elle a ainsi l'occasion de parler avec ses pairs des familles dont elle s'occupe, que ce soit sur le plan de leurs besoins ou sur celui des services à leur offrir. De plus, elle participe aux travaux de la table intersectorielle ou s'y fait représenter. Enfin, particulièrement pendant la période prénatale, l'intervenante privilégiée s'efforce d'établir des liens avec le médecin traitant de la femme enceinte qu'elle rencontre, si cette dernière y consent, afin d'améliorer encore le suivi. La création des groupes de médecine de famille (GMF) devrait faciliter la transmission de l'information médicale entre les intervenants des centres de santé et de services sociaux et les médecins traitants. Le carnet de grossesse, développé et utilisé d'abord par le CLSC Le partage des eaux et repris dans le cadre du programme Naître égaux – Grandir en santé (NEGS) peut aussi être un outil intéressant pour assurer la communication entre le médecin traitant, la femme enceinte et l'intervenante privilégiée (Gasse et Robert, 1995).

Le lien avec le médecin traitant a également sa place pendant la période postnatale. Ainsi, des mécanismes visant la collaboration étroite entre les médecins qui assurent le suivi médical, tant en période prénatale qu'en période postnatale, et l'intervenante privilégiée doivent être mis en place ou consolidés.

Annexe 3 — L'intervenante privilégiée (suite)

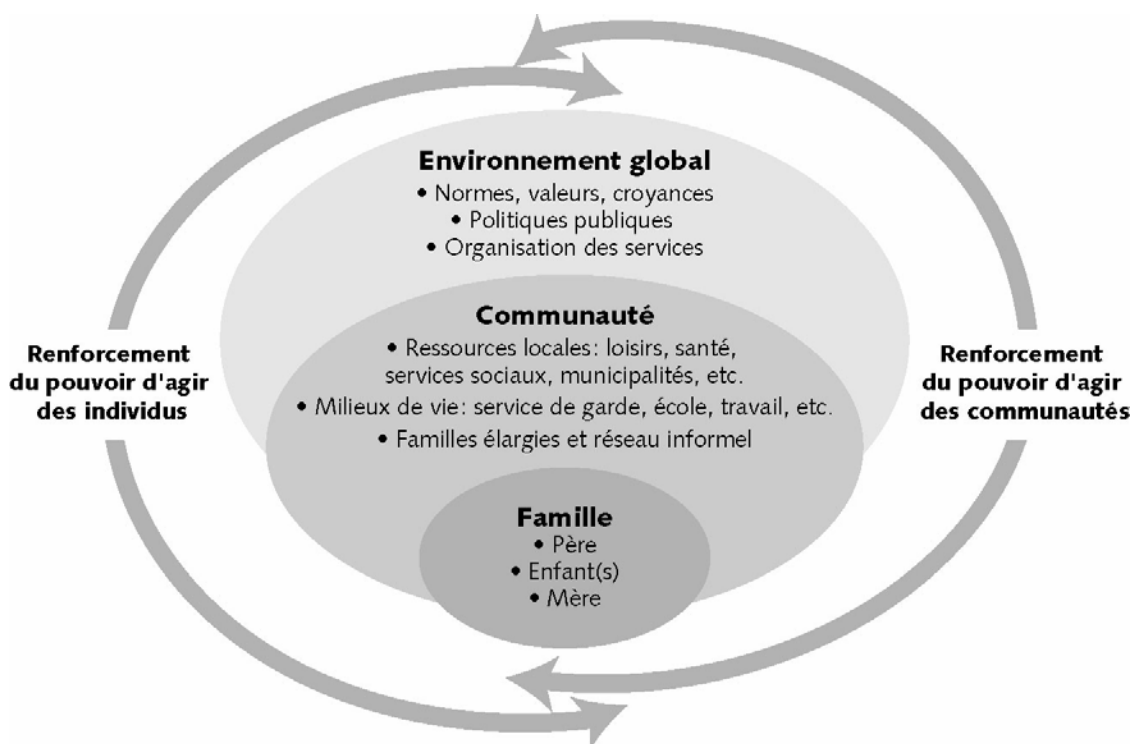
Il peut arriver que certaines familles refusent le suivi avec l'intervenante privilégiée; elles pourraient alors entrer en contact avec d'autres ressources du milieu. Ces ressources peuvent recevoir le soutien d'un membre de l'équipe interdisciplinaire afin d'offrir certains contenus et d'amener graduellement ces familles vers les services plus intensifs du centre de santé et de services sociaux. La reconnaissance des compétences des partenaires communautaires travaillant en périnatalité et pour la petite enfance est ici fondamentale. Cette reconnaissance se concrétise par des collaborations ou des ententes de service appropriées.

Des liens harmonieux doivent être établis et maintenus dans la perspective où chacun a une contribution particulière dans l'accompagnement des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

Annexe 4 — L'approche écologique

La perspective écologique dans laquelle se situent les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance démontre clairement que les déterminants de la santé et du bien-être relèvent tant des personnes que des différents systèmes sociaux régissant les relations entre ces personnes et leur environnement. Elle fait ressortir, par la même occasion, l'importance d'intervenir, de façon concomitante, auprès des personnes et sur leur environnement. Les individus, les parents et les familles ne pourront que mieux s'investir dans un processus de changement s'il existe, dans leurs différents milieux de vie, un mouvement qui va dans le même sens. Ainsi, la responsabilité du changement doit être partagée par tous les acteurs concernés (familles, intervenants, organismes, institutions) de façon à ne pas faire porter tout le poids aux familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables. La stratégie d'action qui est au cœur des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance consiste donc à développer et à soutenir la capacité d'agir des personnes ainsi que la capacité d'agir des communautés pour une meilleure santé et un plus grand bien-être des femmes enceintes, des mères, des pères et des enfants.

Aux niveaux local, régional et national, plusieurs secteurs - comme la santé, la famille, l'environnement, la solidarité sociale, l'emploi, l'éducation, l'immigration et les loisirs, par exemple - sont donc appelés à agir collectivement en faveur de la santé et du bien-être des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables. En fait, il s'agira d'intervenir sur les différents déterminants de la santé et du bien-être, en partenariat avec les acteurs de ces différents secteurs. Des mécanismes doivent également être mis en place ou consolidés pour favoriser la continuité entre les différents niveaux, qu'il s'agisse d'outils de communication efficaces ou de comités de travail.



Annexe 5 — L'intervention planifiée

Le suivi des femmes enceintes ou des mères et de leur famille comprend les étapes suivantes :

- l'identification et l'analyse des besoins à l'aide d'une grille, ainsi que la définition du projet de vie des membres de la famille;
- la planification de l'intervention, qui se traduit par le plan d'intervention;
- la mise en œuvre du plan d'intervention;
- l'évaluation.

L'intervenante privilégiée s'assure de la participation active, à chacune de ces étapes, des femmes enceintes ou des mères et de leur conjoint.

La grille d'identification des besoins

L'identification des besoins de la femme enceinte et de sa famille se fait à l'aide d'une grille de collecte de données. Cette grille permet de tracer un portrait de la femme, de sa famille et de son milieu de vie; elle ne constitue toutefois pas un outil de dépistage. Le temps consacré à remplir la grille est souvent l'occasion, pour les membres de la famille, de faire connaître également leurs attentes ou des problèmes qu'il peut être urgent de régler. Les données recueillies couvrent les sujets suivants :

- le profil de la femme enceinte et de sa famille;
- la santé globale de la femme et de sa famille;
- la maternité et la paternité;
- les conditions d'existence de la famille;
- le réseau d'entraide et le recours aux services.

Tous les renseignements recueillis par l'intervenante privilégiée sont discutés avec la femme et son conjoint, de façon à ce que le plan d'intervention qui sera établi corresponde vraiment aux besoins exprimés par ceux-ci et à leurs capacités d'apporter des modifications dans leurs habitudes de vie.

Le plan d'intervention

Tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont tenus de préparer des plans d'intervention pour les personnes à qui ils offrent des services, lesquels plans font partie des dossiers. Ces plans d'intervention doivent être utilisés selon les pratiques en cours dans les différents milieux et selon les ententes avec les partenaires. Bien que les formulaires utilisés puissent différer par la forme d'un milieu à l'autre, leur contenu se ressemble.

Le plan d'intervention est établi à partir des besoins consignés dans la grille. L'identification des besoins est donc une étape cruciale puisqu'elle donnera leur légitimité aux objectifs fixés dans le plan. Celui-ci se prépare d'abord avec les parents avant d'être soumis à l'équipe interdisciplinaire. Il est rédigé de façon à présenter clairement :

- les besoins constatés par l'intervenante privilégiée ou exprimés par les parents;
- les objectifs à atteindre;
- les moyens choisis pour atteindre les objectifs fixés;
- les résultats attendus;
- l'échéancier.

Annexe 5 — L'intervention planifiée (suite)

Le plan d'intervention porte autant sur la santé que sur le bien-être des membres de la famille. Rappelons ici que les besoins peuvent se rapporter aux habitudes de vie, aux habiletés parentales, au développement de l'enfant ou encore à l'adaptation sociale des enfants et des parents. Quant aux moyens à utiliser pour atteindre les objectifs fixés, mentionnons qu'ils sont de divers ordres, mais des actions individuelles à l'intention des parents ou à celle de l'enfant ainsi que des activités de groupe pour les parents, pour les enfants, pour la dyade parent-enfant ou pour toute la famille doivent être envisagées dans l'élaboration du plan d'intervention.

D'autre part, le plan d'intervention doit être construit sur les forces des familles et les expériences réussies, en tenant compte des besoins personnels de la mère, du père et de chacun des enfants et en respectant le projet de vie familiale défini. Ainsi, tout en répondant à des impératifs administratifs, il devient un outil de suivi pour les intervenants. Dans ce sens, les moyens choisis sont ceux que privilégie la famille elle-même; ils peuvent être remplacés par de nouveaux moyens plus adaptés à la situation chaque fois que le besoin s'en fait sentir. La souplesse et la simplicité demeurent les deux plus belles qualités d'un plan d'intervention.

Le plan d'intervention sert à orienter le suivi individualisé. Il doit tenir compte tant des besoins pressants que des besoins changeants des familles. Il contient des renseignements sur les programmes ou les services, individuels ou de groupe, que les familles ont utilisés. Compte tenu de la longueur du suivi, ce plan doit être mis à jour régulièrement par l'équipe interdisciplinaire – pour s'assurer qu'il soit toujours révisé après une discussion du cas en équipe – afin de bien rendre compte de l'évolution de la famille. Si une nouvelle intervenante privilégiée doit prendre la relève, elle pourra ainsi être au fait des derniers événements.

Le plan d'intervention s'inscrit dans un plan de service lorsque d'autres établissements ou organismes offrent des services et des programmes aux mêmes personnes. L'intervenante privilégiée doit prendre connaissance de ce plan de service. Elle doit également assurer l'accès des parents ou des enfants qui ont des besoins particuliers aux autres services du centre de santé et de services sociaux ou aux services d'autres établissements, selon le cas. En effet, les enfants peuvent éprouver, entre autres, différents retards de développement graves, des problèmes d'adaptation sociale majeurs ou des problèmes de santé importants, ou encore être atteints de handicaps exigeant une expertise spécialisée qu'il faut mettre à contribution le plus tôt possible afin que le développement de ces enfants n'en soit pas entravé outre mesure.

Références

1. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Rôles, activités clés et compétences des superviseurs cliniques des SIPPE*. [En ligne], Janvier 2011, 5 p. [<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/promotion-prevention/petite-enfance/sippe.fr.html>] (Section Documents de référence - Consulté le 4 juin 2012).
2. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Compétences essentielles en santé publique au Canada, Version 1.0. - Amélioration des compétences en santé publique*. [En ligne], Septembre 2007. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/ccph-cesp/index-fra.php>] (Consulté le 4 juin 2012).
3. ARAMA, Dominique, et Luce BORDELEAU. *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – Recommandations du Comité de réflexion sur la notion d'intervenante privilégiée*. [En ligne], Mai 2005, 30 p. [<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/promotion-prevention/petite-enfance/sippe.fr.html>] (Section Documents de référence - Consulté le 4 juin 2012).
4. BORDELEAU, Luce et autres. *Soutien à l'implantation du plan d'action régional de santé publique en Montérégie - Le développement continu des compétences en petite enfance : une responsabilité partagée entre la DSP et les CSSS - Orientations régionales*. [En ligne], Longueuil, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Avril 2011, 27 p. [<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/promotion-prevention/petite-enfance/index.fr.html>] (Section Documents de référence - Consulté le 4 juin 2012).
5. COMITÉ-CONSEIL POSTCHANTIERS SUR LES SIPPE. *Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité - Rapport du comité-conseil postchantiers sur les SIPPE déposé au Ministère de la Santé et des Services sociaux*. [En ligne], Septembre 2011, 36 p. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/cc19671e5470dafc85257967006e478e?OpenDocument>] (Consulté le 4 juin 2012).
6. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC - Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. *Les connaissances en santé développementale comme moteur de politiques familiales saines au Canada*. [En ligne] Avril 2012, 9 p. [http://www.ccnpps.ca/102/publications.ccnpps?id_article=743] (Consulté le 4 juin 2012).
7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité-Cadre de référence*. [En ligne], Septembre 2004, 87 p. [<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/91ee81af59d9124385256f03006d9b40?OpenDocument>] (Consulté le 4 juin 2012).
8. SHANG, M., C. Harrisson, S. Doucet, *Recension de pratiques favorisant l'utilisation du plan de services individualisé (PSI) et du plan d'intervention interdisciplinaire (PII)*. [En ligne], Longueuil, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Mars 2012, 24 p. [<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/performance-innovation/gestion-connaissances/courtage-connaissances/produits-de-courtage/index.fr.html>] (Consulté le 4 juin 2012).
9. VANIER, Carole, et Malorie TOUSSAINT-LACHANCE. *Bilan de l'implantation des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) en Montérégie*. [En ligne], Longueuil, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, septembre 2009, 77 p. [<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/promotion-prevention/petite-enfance/sippe.fr.html>] (Section Bilan d'implantation des SIPPE - Consulté le 4 juin 2012).