

**LES SERVICES INTEGRES EN PERINATALITE ET POUR LA PETITE ENFANCE A  
L'INTENTION DES FAMILLES VIVANT EN CONTEXTE DE VULNERABILITE**

**L'ATTACHEMENT AU CŒUR DU DEVELOPPEMENT DU NOURRISSON  
BILAN SUR LE NIVEAU D'INTEGRATION DANS LA PRATIQUE DES ACTIVITES  
SUR L'ATTACHEMENT**

par

Luce Bordeleau

Avec la collaboration de

Sylvie Bériault et Lydia Rocheleau

Décembre 2009

## Table des matières

Introduction .....	3
Faits saillants .....	4
1. Niveau d'intégration dans la pratique des activités sur l'attachement lors des visites à domicile .....	4
2. Niveau d'intégration des dimensions de la qualité des soins dans les discussions de cas et les plans d'intervention .....	5
3. Les enjeux et les défis de la supervision clinique .....	5
4. Les outils développés par la DSP : utilité perçue et utilisation réelle .....	6
5. Les besoins de soutien des CSSS .....	6
Annexe 1 : Compilation des résultats du questionnaire .....	7
1.1. Niveau d'intégration dans la pratique des activités sur l'attachement lors des visites à domicile .....	7
1.2. Les enjeux et les défis de la supervision clinique .....	9
1.3. Utilité perçue et utilisation réelle des outils développés par la DSP .....	10
1.4. Besoins de soutien des CSSS .....	10
Annexe 2 : Compte-rendu de la rencontre régionale des superviseurs cliniques et des responsables des équipes multidisciplinaires « SIPPE » .....	11

## Introduction

En 2005, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publiait le guide d'intervention « L'attachement au cœur du développement du nourrisson » développé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour les intervenants des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) qui réalisent des visites à domicile. En complément, une formation nationale de deux jours a été offerte par le MSSS afin de former des agents multiplicateurs dans chaque région du Québec.

En Montérégie, des efforts particuliers ont été déployés pour favoriser l'intégration dans la pratique des activités en lien avec l'attachement. À cet effet, notre région s'est adjoint la collaboration d'une spécialiste en formation pour adapter la formation nationale et collaborer à l'élaboration d'un outil d'aide à la tâche. De 2006 à 2008, la formation a été offerte sur chaque territoire de centre local de services communautaires (CLSC). Depuis 2008, cette formation est offerte régionalement à tous les ans pour les nouveaux intervenants et partenaires ou encore pour ceux qui n'avaient pu profiter de l'offre de formation sur leur territoire. Enfin, un cartable contenant des exemples d'activités de transfert à effectuer en lien avec la formation régionale sur l'attachement a été proposé aux superviseurs cliniques et aux responsables d'équipe.

Compte tenu des efforts déployés pour soutenir le transfert des apprentissages dans la pratique et de la nouveauté des moyens mis en place par la direction de santé publique (DSP), il s'avère nécessaire d'effectuer un bilan des pratiques actuelles au sein des centres de santé et services sociaux (CSSS). Le présent bilan vise les objectifs suivants :

1. Déterminer le niveau d'intégration dans la pratique des activités sur l'attachement lors des visites à domicile ;
2. Identifier les enjeux et les défis de la supervision clinique: (réalisation d'activités de transfert, motifs de non-réalisation des activités de transfert, niveau d'intégration des dimensions de l'attachement dans les discussions de cas et dans les PI) ;
3. Évaluer l'utilité perçue et l'utilisation réelle des outils développés par la DSP (outil d'aide à la tâche et exemples d'activités de transfert) ;
4. Spécifier les besoins de soutien des CSSS concernant l'intégration dans la pratique des activités sur l'attachement.

Les superviseurs cliniques et les responsables des équipes interdisciplinaires des SIPPE ont été conviés à participer à une rencontre régionale le 8 octobre 2009 dans le cadre de ce bilan. Au préalable, un questionnaire leur a été acheminé. Une compilation des réponses reçues a été présentée lors de la rencontre bilan, permettant ainsi d'aller plus en profondeur dans les discussions.

Onze superviseurs et/ou responsables d'équipes, représentant 16 CLSC, ont rempli le questionnaire et 14 superviseurs et/ou responsables d'équipes, représentant 15 CLSC ont participé à la rencontre du 8 octobre 2009. Au total, 16 CLSC ont contribué à ce bilan.

La première section expose les faits saillants du bilan qui résultent à la fois des résultats du questionnaire et des éléments discutés lors de la rencontre du 8 octobre 2010. La compilation des résultats du questionnaire et le compte rendu de la rencontre bilan sont présentés en annexe 1 et 2.

## Faits saillants

### **1. Niveau d'intégration dans la pratique des activités sur l'attachement lors des visites à domicile**

#### ***Les superviseurs cliniques et les responsables d'équipe multidisciplinaire rapportent que :***

- Pour la majorité, il est nécessaire soit de consolider ou de développer auprès des intervenants une ou plusieurs des trois compétences visées par la formation sur l'attachement. La nécessité de créer un espace pour expérimenter des activités concrètes sur l'attachement avec les parents et l'enfant lors des visites à domicile ressort des discussions, et ce, malgré les situations d'urgence vécues trop fréquemment par les familles des SIPPE. Il est essentiel de trouver des stratégies d'intervention permettant de sortir du cercle vicieux des urgences vécues par les familles et d'aménager une période lors de la visite à domicile où l'interaction parent – enfant est privilégiée. Lorsqu'une routine intégrant des activités pour favoriser l'attachement est établie et convenue rapidement en début de suivi avec les parents, il s'avère plus facile de réaliser régulièrement des activités sur l'attachement avec cette famille par la suite.
- Pour 10 CLSC, les intervenants réalisent souvent ou très souvent des activités sur l'attachement lors des visites à domicile. Des efforts additionnels doivent cependant être consentis afin de systématiser davantage le processus d'intervention et mieux favoriser l'intégration dans la pratique des intervenants sur l'attachement.
- Le guide d'intervention sur l'attachement et la formation qui l'accompagne sont très bien appréciés de la part des intervenants. L'attachement fait maintenant partie des préoccupations et du langage commun des intervenants des SIPPE.
- La réalisation d'activités sur l'attachement à domicile nécessite du temps de planification et de préparation. Actuellement, les superviseurs et les responsables d'équipes rapportent que leurs intervenants n'ont pas le temps nécessaire pour bien planifier les activités qu'elles réalisent à domicile.
- La lourdeur de la clientèle suivie dans le cadre des SIPPE entraîne, chez certains intervenants, un sentiment de perte d'espoir pour ces familles. Un questionnaire sur la clientèle visée s'ensuit. Est-ce que la clientèle rejointe actuellement, dont plusieurs avec des problématiques particulières (santé mentale, problème de dépendance, dépression, déficience intellectuelle, etc.), est celle où il est possible d'intervenir dans une perspective de prévention? Le chantier 1 d'optimisation des SIPPE vise à mieux définir la clientèle qui devrait être rejointe et suivie par les SIPPE. La Montérégie attend les orientations qui découleront de ce chantier du MSSS.
- La réalisation d'activités sur l'attachement lors des visites à domicile est avant tout un choix organisationnel. Cependant, même lorsqu'une organisation émet des orientations claires quant à la nécessité de réaliser ces activités, ce sont les intervenants qui décident d'en réaliser ou non. Il semble parfois difficile de dépasser les oppositions provenant de certains intervenants. Tous n'adhèrent pas à cette vision de l'intervention.
- Lorsqu'une mère est très carencée, il faut avoir des attentes réalistes à son égard et tenter de trouver une autre personne qui sera significative pour l'enfant.
- Dans l'intervention, il est important de mettre en valeur les forces des familles et non seulement les éléments à consolider ou à soutenir.

- Malgré tout, le niveau d'intégration dans la pratique des activités sur l'attachement est assez bon, et ce, malgré les changements organisationnels du réseau de la santé des dernières années.

## **2. Niveau d'intégration des dimensions de la qualité des soins dans les discussions de cas et les plans d'intervention**

- Pour la moitié des CLSC, des efforts doivent être consentis pour que les dimensions de la qualité des soins soient intégrées dans les discussions de cas et dans les plans d'intervention. En effet, selon les résultats du questionnaire, la moitié des CLSC (8) ont peu ou très peu intégrés les dimensions de la qualité des soins dans leurs discussions de cas et dans leurs plans d'intervention, alors que l'autre moitié (8) les a assez ou très intégrés.

## **3. Les enjeux et les défis de la supervision clinique**

- Soutenir l'intégration dans la pratique des intervenants est un grand défi pour les superviseurs : favoriser la participation, susciter la motivation, mettre en place les moyens pour créer du plaisir dans l'apprentissage.
- La majorité des superviseurs rapportent manquer de temps pour planifier et préparer leurs rencontres de supervision clinique.
- Il s'avère difficile de prioriser les objectifs associés à l'attachement avec les familles où plusieurs problématiques se superposent : pauvreté, santé mentale, violence, etc.
- Les superviseurs doivent nourrir, stimuler et accompagner les intervenants pour qu'à leur tour ils puissent nourrir, stimuler et accompagner les familles.
- Comment travailler avec les pères? Les stratégies d'intervention avec eux sont différentes. C'est une dimension de l'intervention à développer davantage.
- Lors des rencontres de supervision des équipes multidisciplinaires, le principal défi demeure de proposer de façon constante et fréquente des activités sur l'attachement pour permettre l'intégration et le maintien dans la pratique.
- La marge de manœuvre du superviseur au sein de son CSSS diffère beaucoup d'un superviseur à l'autre notamment en fonction de son titre d'emploi : gestionnaire clinique, superviseur clinique, intervenant de l'équipe interdisciplinaire à qui est confié le rôle de supervision clinique, etc.
- Stratégies à développer pour mettre à profit l'expérience des intervenants « senior » au sein des équipes multidisciplinaires.
- Les intervenants, les superviseurs et les responsables d'équipes se disent débordés par les urgences et l'ampleur de leurs tâches ce qui laisse peu de temps pour planifier l'intervention et intégrer de nouveaux apprentissages dans leur pratique professionnelle. Il s'avère essentiel de mettre en place les conditions nécessaires pour sortir de cette dynamique des urgences afin de mieux planifier et améliorer la qualité de l'intervention offerte aux familles.

#### **4. Les outils développés par la DSP : utilité perçue et utilisation réelle**

##### ***Outil d'aide à la tâche***

- Les superviseurs mentionnent que ce document est utile et utilisé par les intervenants. Il est considéré comme bien conçu et attrayant (bon coup).

##### ***Proposition d'activités de transfert***

- Six CLSC rapportent n'avoir jamais ou rarement utilisé les propositions d'activités de transfert élaborés par la DSP, alors que cinq CLSC rapportent les avoir utilisées souvent.
- Unaniment, les superviseurs et les responsables d'équipes considèrent ce document élaboré par la DSP comme pertinent et utile, et ce, malgré sa faible utilisation. Cependant, plusieurs rapportent manquer de temps pour les utiliser et pour bien planifier le soutien à offrir aux intervenants.
- Les principaux obstacles nommés par les superviseurs et les responsables d'équipe pour la réalisation d'activités de transfert sont les suivants : le manque de temps, les discussions de cas d'urgence pour régler des difficultés vécues par les familles, la surcharge de travail des intervenants, notamment des infirmières lorsqu'elles ne sont pas dédiées aux SIPPE, la complexité des situations cliniques des familles et la surcharge de travail des superviseurs.

#### **5. Les besoins de soutien des CSSS**

- Dans le questionnaire, six superviseurs ont mentionné qu'ils aimeraient recevoir un soutien personnalisé de la DSP pour favoriser la réalisation d'activités sur l'attachement lors des rencontres de supervision.
- Un superviseur propose qu'une rencontre soit dédiée à l'appropriation des activités de transfert sur l'attachement pour ceux qui en ressentent le besoin. Cette rencontre conçue dans une perspective d'accompagnement s'ajouterait aux quatre rencontres/formations annuelles.
- Il serait intéressant de trouver des moyens pour faire connaître les expériences positives vécues sur le terrain afin de les diffuser auprès des autres superviseurs et responsables d'équipe dans une perspective de communauté de pratique.

## Annexe 1 : Compilation des résultats du questionnaire

### 1.1. Niveau d'intégration dans la pratique des activités sur l'attachement lors des visites à domicile

Questions	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent
Dans quelle mesure les intervenants que vous supervisez réalisent des activités en lien avec l'attachement lorsqu'ils effectuent des visites à domicile (période prénatale jusqu'à un an)?	---	3 CLSC	9 CLSC	1 CLSC
<p><b>Veillez préciser votre réponse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les intervenants essaient des activités et discutent avec l'équipe de ce qui fonctionne bien.</li> <li>• L'appropriation de la théorie et son application dépendent beaucoup de l'intérêt personnel des intervenants.</li> <li>• Choisir le bon « timing » pour faire l'activité avec le parent.</li> <li>• La planification de l'intervention est un aspect difficile à cause du manque de temps. Solution : discussion sur l'attachement lors des rencontres sur les PI.</li> <li>• Il faut que les intervenants privilégiés gagnent de la confiance pour que cela devienne un automatisme.</li> <li>• Mères adolescentes : plus difficile pendant la grossesse de les sensibiliser à l'enfant à naître.</li> <li>• Certains intervenants ont plus de difficulté à « dealer » avec les carences des parents qui se manifestent lorsqu'on leur demande de faire certaines activités.</li> <li>• Bonne facilité d'adaptation et d'application des activités sur l'attachement.</li> <li>• Le cartable est utilisé dans une évaluation pour documenter un signalement à la protection de la jeunesse. Quelques intervenants se sont approprié certaines fiches et les utilisent régulièrement dans leur pratique, mais elles ouvrent peu leur cartable.</li> </ul>				

Questions	Pas du tout	Un peu	Assez	Très bien
<p><b>Selon vous, dans quelle mesure les intervenants de votre équipe interdisciplinaire maîtrisent-ils la première compétence?</b></p> <p><b>Observer la relation parent-enfant en fonction :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des quatre dimensions de la qualité des soins</li> <li>- du stade de développement de l'enfant</li> </ul>	---	---	10 CLSC 11 CLSC	6 CLSC 4CLSC
<p><b>Selon vous, dans quelle mesure les intervenants de votre équipe interdisciplinaire maîtrisent-ils la deuxième compétence?</b></p> <p><b>Identifier, selon la relation parent-enfant observé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'axe de la qualité des soins à soutenir</li> <li>- les objectifs de l'intervention</li> <li>- la ou les fiches d'activité pertinentes à réaliser</li> </ul>	---	7 CLSC	6 CLSC	3 CLSC
<p><b>Selon vous, dans quelle mesure les intervenants de votre équipe interdisciplinaire maîtrisent-ils la troisième compétence?</b></p> <p><b>Réaliser des activités concrètes avec les parents selon la procédure d'intervention</b></p>	---	5 CLSC	8 CLSC	3 CLSC

Questions	Oui	Non
<b>Selon vous, parmi les compétences ciblées par la formation sur l'attachement, y en a-t-il qui sont à développer ou à consolider auprès des intervenants de votre équipe multidisciplinaire SIPPE ?</b>	8 CSSS	1 CSSS
<p><b>Si oui, lesquelles et quels sont les moyens envisagés pour y pallier?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune précision sur la ou les compétences n'a été fournie</li> <li>- Plan d'action 2009-2010 de l'équipe : chaque intervenant privilégié devra identifier une famille avec laquelle seront expérimentées des fiches d'activité.</li> <li>- À chaque réunion de l'équipe multidisciplinaire; retour sur l'expérimentation des fiches (ce qui fonctionne bien et moins bien).</li> <li>- Réunion d'équipe : nous établissons un PI en tenant compte de l'axe de la qualité des soins qui sera travaillé avec la cliente (famille). Nous prévoyons par la suite les activités à réaliser.</li> <li>- Il faudrait prévoir systématiquement des capsules sur l'attachement et relever le défi de faire des essais à tour de rôle et de les mettre en commun.</li> <li>- Remettre le guide, utiliser plus le guide dans l'intervention et partager les expérimentations en équipe.</li> <li>- Idéalement, il faut un suivi avec les nouveaux employés pour qu'ils s'approprient l'outil.</li> <li>- Réaliser des activités concrètes. Points de discussion dans les supervisions de groupe.</li> </ul>		



## 1.2. Les enjeux et les défis de la supervision clinique

Questions	Oui	Non
Suite à la formation sur l'attachement qui a été offerte aux membres de votre équipe interdisciplinaire, avez-vous réalisé des activités de transfert des apprentissages avec l'équipe SIPPE que vous supervisez (activités proposées par la DSP ou autres)?	8 CLSC	8 CLSC
<p><b>Dans votre CSSS, quels sont les principaux obstacles rencontrés pour la réalisation d'activités de transfert des apprentissages avec les intervenants en lien avec l'attachement?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le manque de temps.</li> <li>• Rencontres de l'équipe interdisciplinaire insuffisantes. Fréquence augmentée depuis l'été 2009.</li> <li>• Familles et intervenants submergés par les urgences du quotidien liées à la défavorisation et à l'isolement des familles.</li> <li>• Surcharge de travail chez les infirmières (équipe non dédiée).</li> <li>• L'intérêt pour le sujet de l'attachement n'est pas égal pour toutes les intervenants.</li> <li>• La complexité des situations cliniques nécessite de prioriser les urgences.</li> <li>• Charge de travail trop grande pour le superviseur clinique.</li> <li>• Infirmières : manque de temps, personnel réduit, pas de remplacement.</li> <li>• Le fait que la même équipe d'infirmières fasse autant du SIPPE que de l'universel.</li> <li>• Il n'y a pas toujours de discussions de cas.</li> <li>• Arrivée récente du superviseur : temps d'appropriation de la fonction superviseur clinique dans une équipe.</li> <li>• Réorganisation des réunions de l'équipe SIPPE.</li> <li>• Manque de temps; 2 déménagements en 2 ans.</li> <li>• Les activités de supervision ont été interrompues pendant un an suite à des obstacles structurels.</li> <li>• Peu d'outils ont été utilisés, car : harmonisation, déménagement, instabilité des intervenantes au sein des équipes.</li> <li>• Lors du bilan de juin : choix de faire des activités favorisant l'esprit d'équipe plutôt que de revoir des notions du programme.</li> </ul>		

Question	Très peu intégré	Peu intégré	Assez intégré	Très intégré
Dans quelle mesure l'attachement et les quatre dimensions de la qualité des soins sont-ils intégrés dans vos discussions de cas et dans vos plans d'intervention	1 CLSC	7 CLSC	7 CLSC	1 CLSC

Question : Quels sont les défis que vous rencontrez dans la supervision clinique en lien avec l'attachement?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Défis associés au transfert des apprentissages : participation, motivation, plaisir dans l'apprentissage et actualisation.</li> <li>• Structurer les activités à l'intérieur des activités déjà existantes.</li> <li>• Disposer de temps de préparation comme superviseur.</li> <li>• Priorisation des objectifs dans des familles où plusieurs problématiques se superposent : pauvreté, maladie mentale, toxicomanie, violence, etc.</li> <li>• Les problèmes sociaux divers et chroniques (ex. : la santé mentale) prennent toute la place. Les nouvelles intervenantes ont beaucoup d'apprentissages à faire.</li> <li>• Le personnel n'a pas reçu la formation, mais souhaiterait en connaître davantage.</li> <li>• Le principal défi est de ramener de façon continue la dimension de l'attachement lors des rencontres de supervision clinique.</li> </ul>

### 1.3. Utilité perçue et utilisation réelle des outils développés par la DSP

Questions	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent
À quelle fréquence avez-vous utilisé le cartable élaboré par la DSP contenant des exemples d'activités de transfert?	2 CLSC	4 CLSC	5 CLSC	---
<p><b>Veillez préciser votre réponse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Je l'avais oublié.</li> <li>• L'outil d'aide à la tâche est plus convivial en fonction du temps et de l'horaire.</li> <li>• Souvent dans la première année, depuis l'an passé: plutôt rarement.</li> <li>• Plus dans le cadre des supervisions individuelles pour alimenter l'intervention.</li> </ul>				
À quelle fréquence avez-vous utilisé l'outil d'aide à la tâche élaboré par la DSP lors des supervisions?	---	4 CLSC	5 CLSC	1 CLSC
<p><b>Veillez préciser votre réponse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nous pourrions utiliser l'outil de façon plus systématique en discussion de cas.</li> <li>• L'outil a été adapté aux besoins de l'équipe.</li> <li>• La majeure partie des activités de promotion partent de l'outil d'aide à la tâche.</li> <li>• N'a pas encore été remis aux intervenants de trois CLSC.</li> <li>• On s'y réfère régulièrement.</li> <li>• À chaque rencontre d'équipe SIPPE.</li> <li>• Lors des discussions cliniques, des visites à domicile et des rencontres prénatales/postnatales de quartier.</li> <li>• Chaque intervenant a un document plastifié recto verso (page 5 et 6 de ce document) comme aide-mémoire.</li> <li>• Utilisé à chaque rencontre SIPPE/ discussion de cas/ PI.</li> </ul>				

### 1.4. Besoins de soutien des CSSS

Questions	Oui	Non
Aimeriez-vous recevoir un soutien personnalisé de la DSP afin de favoriser, auprès des intervenants que vous supervisez, la réalisation d'activités en lien avec l'attachement?	6	5
<p><b>Si oui, veuillez préciser le type de soutien que vous aimeriez recevoir</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ramener aux équipes les nouveautés.</li> <li>• ½ journée de formation – rafraîchissement aux 2 ans.</li> <li>• Je ne détesterais pas avoir une ou des rencontres afin de structurer et bien organiser les rencontres prévues sur l'attachement.</li> <li>• Une formation attachement brève pour supporter l'équipe dans l'application terrain, si possible avec leurs suivis.</li> </ul> <p><b>Si non, pourquoi?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nous avons suffisamment d'outils pour l'instant. On n'a pas encore fait le tour.</li> <li>• Le temps est ce qui nous manque le plus et non le soutien de la DSP.</li> </ul>		

## **Annexe 2 : Compte-rendu de la rencontre régionale des superviseurs cliniques et des responsables des équipes multidisciplinaires « SIPPE »**

Jeudi, 8 octobre 2009

9 h 30 à 16 h 30

Direction de santé publique de la Montérégie

1255, rue Beauregard à Longueuil

Salle Desjardins

---

*Niveau d'intégration dans la pratique des activités du guide sur l'attachement*

### **Ordre du jour**

1. Accueil
2. Lecture et adoption de l'ordre du jour
3. Présentation des participants (tour de table)
4. Niveau d'intégration dans la pratique des activités sur l'attachement
  - Synthèse des résultats du questionnaire
  - Discussion
5. La supervision des équipes multidisciplinaires en lien avec l'attachement : défis, enjeux
  - Synthèse des résultats du questionnaire
  - Discussion
6. Les outils développés par la DSP : utile? utilisé?
  - Synthèse des résultats du questionnaire
  - Discussion
7. L'attachement : les suites à donner
  - Synthèse des résultats du questionnaire
  - Discussion
8. Proposition de rencontres formations pour l'hiver et le printemps 2010
  - Jeudi, 18 février 2010
  - Mardi, 20 avril 2010
  - Consultation pour l'automne 2010
9. Informations en vrac
  - Bilan d'implantation des SIPPE
  - Chantiers nationaux du MSSS
  - Orientations régionales en développement continu des compétences des intervenants en petite enfance
10. Appréciation de la rencontre

## Étaient présentes :

Cynthia Rhicard	CSSS La Pommeraie	Michelle Phénix	CSSS Haute-Yamaska
Sophie Perreault	CSSS La Pommeraie	Christiane Montpetit	CLSC St-Hubert
Chantal Lachance	CLSC de la Vallée-des-Forts	Linda Collin	CSSS Pierre-Boucher
Sylvie Vézina	CSSS Jardins-Roussillon	Linda Ryan	CLSC du Richelieu
Julie Taillefer	CSSS Vaudreuil-Soulanges	Lucie Levasseur	CLSC du Richelieu
Céline Lévesque	CSSS Vaudreuil-Soulanges	Isabelle Duguay	CSSS Pierre-De Saurel
Diane Lépine	CLSC des Patriotes et CLSC des Maskoutains	Lydia Rocheleau	DSP de la Montérégie
Lise-Anna Durocher	CLSC des Patriotes	Sylvie Bériault	DSP de la Montérégie
Élène Perron	CLSC des Maskoutains	Luce Bordeleau	DSP de la Montérégie

Animation : Luce Bordeleau

Prise de notes : Lydia Rocheleau

Rédaction : Luce Bordeleau

### 1. **Accueil**

### 2. **Lecture et adoption de l'ordre du jour**

L'ordre du jour est adopté sans modification.

### 3. **Présentation des participants** (tour de table)

Nous souhaitons la bienvenue à deux nouvelles superviseurs cliniques : M<sup>mes</sup> Cynthia Rhicard en remplacement d'Annie Dutil (CSSS La Pommeraie) et Julie Taillefer en remplacement de Colombe Majeau (CSSS Vaudreuil Soulanges).

### 4. **Niveau d'intégration dans la pratique des activités sur l'attachement**

Dans un premier temps, les résultats du questionnaire sont présentés. Par la suite, les participantes sont invitées à les commenter et, au besoin, des questions additionnelles sont posées afin de susciter la discussion.

#### Discussion/commentaires

- Selon un superviseur, il manque une étape au processus d'intervention, soit l'analyse globale de la situation à partir des observations des intervenants. Il faut observer, **analyser/évaluer**, ensuite déterminer sur quel axe l'intervenant va travailler avec la famille. L'analyse est importante avant de déterminer la dimension de la qualité des soins à soutenir. Difficulté pour les intervenants d'analyser (ex. : PI). Il faut voir plus loin. Est-ce que le parent est motivé, est-ce que son réseau social le soutient? Les intervenants ont besoin d'outils concrets pour analyser.
- L'attachement est beaucoup plus intégré qu'avant la formation au CSSS La Pommeraie. L'attachement fait partie de notre langage commun. La formation a permis de sensibiliser l'équipe. Toutefois, pas de temps pour travailler/se préparer avec le guide. Pas de temps de préparation dans la vie de tous les jours.
- Importance d'intégrer l'attachement dans les réunions d'équipe. C'est là que ça se passe. L'attachement, ce n'est pas une recette qu'on applique.
- Actuellement, on est dans les discussions de cas d'urgence (ex. : violence, négligence).

- Prendre le temps d'aborder l'attachement alors que les parents sont actuellement en survie. Difficile de prendre le temps pour se préparer adéquatement. Tourbillon, pression sur les intervenants et pression au niveau des familles. Se hâter lentement, ne pas sauter des étapes. Il faut se rappeler que le processus est souvent plus important que le résultat.
- Un superviseur rapporte qu'actuellement dans son CSSS, les intervenants n'ont plus le temps de se réunir en équipe. À son CSSS, il n'y a pas d'équipe dédiée.
- Un superviseur remarque que les intervenants vont parfois vite aux conclusions et qu'ils n'ont pas d'espoir pour toutes les familles. À titre d'exemple, lorsqu'un parent a un trouble de l'attachement, l'intervenant peut sauter vite à la conclusion qu'il ne pourra pas réussir avec son enfant. Cela prend du temps pour redonner de l'énergie et de l'espoir aux intervenants qui travaillent sur les programmes de santé publique.
- Depuis 5 ans, on a demandé beaucoup de changement au réseau de la santé. Les résultats sont quand même bien compte tenu des changements des dernières années qui ont occasionné de l'essoufflement chez les intervenants. Nourrissez les intervenants et les intervenants vont pouvoir nourrir les parents.
- C'est quand même bien que 9 CLSC rapportent faire souvent des activités à domicile. Avec les intervenants, il faut revenir régulièrement aux objectifs des SIPPE.
- La clientèle que l'on rejoint (avec multiples problématiques) nous amène à moins intervenir en prévention.
- Sentiment de perte d'espoir en lien avec la lourdeur de la clientèle et non en lien avec la quantité de travail et la restructuration des CSSS.
- Les résultats sont bons. La première étape c'est de tenir un langage commun et je crois que cet objectif est atteint.
- La clientèle que l'on rejoint ; est-ce la bonne pour nous permettre d'agir en prévention?
- Notre rôle en est un de motivateur : inciter à la curiosité, à la découverte, à l'expérimentation.
- Pas le temps de le faire « selon les règles de l'art » systématiquement. On prend toutefois le temps de leur donner des « pistes ».
- Les intervenants n'ont pas le temps d'être systématiques, mais les notions sur l'attachement sont là en trame de fond.
- Guide sur l'attachement : l'important c'est de mettre le parent dans l'action et que l'intervenant ne se substitue pas au parent. Malgré les situations d'urgence, il est nécessaire de ramener constamment le regard du parent vers son enfant, qu'il se préoccupe de son enfant malgré les urgences.
- Objectif ultime à atteindre : que les intervenants reconnaissent l'importance de dédier un espace dans chaque rencontre à domicile pour réaliser des activités avec le parent et l'enfant. Intégrer de façon systématique les activités en lien avec l'attachement dans les visites à domicile.

***Est-ce que la réalisation des activités du guide sur l'attachement lors des visites à domicile est un choix personnel/professionnel ou un choix organisationnel?***

- Pour la plupart, c'est un choix organisationnel.
- Dans la partie suivie après la formation, c'est là qu'on perd le fil.
- Intérêt de tous les intervenants d'aller à la formation sur l'attachement. Message d'un questionnaire au superviseur clinique de son CSSS : faites-le vivre sur le terrain.
- Mon rôle en tant que superviseur : inciter et motiver les intervenants. La partie qui nous reste, c'est le garder vivant. Actuellement, tous les intervenants ont les concepts de l'attachement en tête.

- Un superviseur mentionne que cela demeure un choix personnel, professionnel des intervenants de le ramener dans les cuisines.
- Un CLSC rapporte que près de la moitié de son équipe est partie. C'est une situation difficile.
- Dans les rencontres à domicile, ce sont les intervenants qui décident des éléments qu'ils vont travailler. Le rôle du superviseur est de le ramener et de le garder vivant.
- L'intérêt des intervenants est présent même s'ils n'utilisent pas toujours les outils.
- Sous-comité formé pour discuter de l'attachement dans un CSSS (tableau, porte-clés, mousqueton avec carton des quatre dimensions de la qualité des soins) et sensibiliser les intervenants à aborder l'attachement. Traité dans les plans d'intervention (PI). On veut que les intervenants expérimentent des activités sur l'attachement pour qu'ils puissent le faire vivre aux parents.
- Un CSSS mentionne que malgré la conception d'une trousse de matériel pour réaliser les activités (matériel mis dans des sacs de plastique), peu d'intervenants de l'équipe les utilisent. On atteint une limite qu'on aimerait dépasser, mais commente?
- Est-ce un objectif commun de l'équipe ou un choix professionnel?
- La nécessité de revenir sur l'importance de l'expérimentation directe auprès des membres des équipes. Les intervenants doivent expérimenter pour développer une confiance, une aisance dans l'action.
- Lorsque c'est un choix organisationnel, on part de là où sont les intervenants et on leur fait faire un pas de plus.
- Pas le temps de planifier l'intervention même si on l'aborde dans les réunions d'équipe.
- Le roulement dans les équipes fait en sorte qu'on perd le fil.
- Même lorsque c'est présenté par le gestionnaire comme quelque chose à faire (activités sur l'attachement) ça ne veut pas dire que tous les intervenants y adhèrent. Aller chercher les intervenants au niveau professionnel (meilleures pratiques). Il faut dépasser les enjeux d'opposition dans certaines équipes.
- Prioriser l'attachement lorsque la cliente est enceinte (c'est une belle opportunité).
- Oser faire quelque chose de différent demande une confiance professionnelle. Ce sont surtout les jeunes intervenants qui n'osent pas.
- Faire vivre dans les supervisions de groupe une activité du guide avec les intervenants est gagnant (ex : choisir des fiches et réaliser l'activité). Amener du matériel et expérimenter les fiches lors des réunions d'équipe.
- Piste : Revenir aux besoins des familles.
- Il est souvent difficile de saisir les occasions pour aborder l'attachement en raison de la lourdeur des familles et de la méfiance des parents. De plus, certains parents disent qu'ils connaissent déjà le sujet. Lien de confiance est parfois laborieux à développer.
- Travail en prénatal avec pyramide de Maslow (besoins de base). Un CSSS rapporte que l'attachement est surtout travaillé en prénatal avec les familles.
- Nécessaire de continuer en postnatal les activités sur l'attachement. Le faire vivre en trame de fond avec le parent sans être jugeant. Lorsqu'on installe les activités sur l'attachement en prénatal, c'est plus facile de continuer en postnatal. On présente au parent une routine stable et attendue (c'est sécurisant pour le parent) : « On va toujours prendre un temps dans nos rencontres pour parler de ton enfant, pour faire des choses avec lui ». Annoncer clairement au parent que l'intervenant va toujours faire une activité où il sera question de l'enfant et une petite période pour jouer avec lui. Le défi de l'intervention c'est de favoriser le réinvestissement dans le quotidien par le parent. Il faut sortir du patron de l'urgence, créer une bulle de 5 à 10 minutes par rencontre. C'est un grand défi.

## **5. La supervision des équipes multidisciplinaires en lien avec l'attachement : les défis et les enjeux**

Les résultats du questionnaire sur les défis et les enjeux de la supervision clinique concernant l'attachement sont présentés. Par la suite, les participantes sont invitées à les commenter et, au besoin, des questions additionnelles sont posées pour susciter la discussion.

La question qui concerne les activités de transfert ne semble pas avoir été bien comprise par les participants. En effet, huit CLSC mentionnent ne pas avoir réalisé d'activités de transfert dans la pratique des apprentissages faits lors de la formation sur l'attachement. Une explication de ce que veut dire la notion « activités de transfert » est donc fournie. Si la question avait été mieux comprise, les résultats auraient sûrement été beaucoup plus élevés. À titre d'exemple, le fait d'intégrer l'attachement dans les plans d'intervention est considéré comme une activité de transfert. Les activités de transfert concernent l'ensemble des activités mises sur pied pour favoriser l'intégration dans la pratique des intervenants.

### Discussion/commentaires

- Un CSSS a commandé le DVD « The first year ». Ce DVD, seulement en anglais, est intéressant à utiliser autant avec les parents qu'avec les intervenants.
- Un superviseur souhaite augmenter son niveau de connaissance sur les parents qui ont un problème majeur d'attachement. Il a eu la même formation que les autres intervenants (formation de base) et aimerait être mieux équipé pour répondre à leurs questions sur l'attachement.
- Comment travailler avec les pères? Il y a des choses intéressantes sur l'attachement père-enfant. L'intervention est différente avec les pères qu'avec les mères.
- Allaitement : il y a un défi pour la clientèle SIPPE.
- On fait face à une nouvelle clientèle dont plusieurs sont passés par les Centres jeunesse parmi les jeunes parents plus particulièrement. → problèmes d'attachement plus fréquents chez ces parents.
- Qu'est-ce qu'on fait quand un parent a un problème d'attachement et que ses trois enfants ont été placés par les Centres jeunesse et qu'elle débute une nouvelle grossesse?
- Parfois, les mères carencées sont au même niveau de besoin que leurs enfants. De plus, elles sont « carapacées ».
- Lorsqu'une mère est très carencée, il faut miser sur l'enfant et élargir le réseau social (garderie, tante, voisine). Avec la mère, il faut avoir des attentes minimales et tenter de trouver une autre personne dans le réseau qui sera significative pour l'enfant. Avec certaines familles, il faut arrêter de s'acharner sur la relation mère-enfant (les signalements ne sont pas retenus) et miser davantage sur d'autres stratégies.
- Il faut faire la balance entre investir l'attachement et faire en sorte que l'enfant soit le plus longtemps possible dans un milieu sécuritaire lorsqu'il y a des signaux de maltraitement.

**Comment départager ce qui relève de la patinoire des SIPPE et ce qui nécessite une référence dans une perspective de continuum de services?**

Discussion/commentaires

- Nous sommes en promotion-prévention : en principe quand cela nécessite une réadaptation ce n'est plus les SIPPE. Le problème, c'est que lorsqu'on se retourne de bord pour référer, il n'y a rien d'autre (trous de services).
- Partout les gens se définissent, la réadaptation, la santé mentale, etc. Les SIPPE, on n'arrive pas à se définir même si on l'est. Il n'y a pas de limite dans ce qu'on prend.
- On est victime de notre succès, on rejoint les familles.
- On n'est pas en première ligne pour les parents.
- On échappe la dimension PP. On les prend en prénatal, mais le matériel est parfois trop complexe pour ce que les parents sont capables de prendre.
- Le défi, on tente de se présenter en PP, mais les parents ont des besoins de réadaptation. Les programmes en réadaptation ne touchent pas le volet parental.
- Quand il y a un volet familial, les services de 2<sup>e</sup> ligne tiennent à ce qu'on ne se retire pas du dossier parce que les autres programmes ne sont pas familiers avec les enfants et le rôle parental.
- Les services communautaires sont importants, car ils touchent la famille (ex. : appartements supervisés, marraine, accompagnement). Agir aussi sur les conditions de vie directes.
- Lorsque le CLSC est de petite dimension, il semble plus facile de faire des références à l'interne. Dans le communautaire ça va bien aussi. Les références vers les services du réseau de 2<sup>e</sup> ligne sont beaucoup plus problématiques, car il y a des chasses-gardées dans ces établissements (ex. : CRDI, CMR ). Comme il y a un temps d'attente d'un an ou deux, les SIPPE restent là en attendant.
- Difficulté à départager les SIPPE avec services universels et services de FEJ. Des fois, il y a des trous de service.
- Les établissements de 2e ligne se définissent beaucoup mieux que nous et ils s'en tiennent à leur mandat et nous renvoie le reste. Nous sommes à la remorque de ces services, car on ne peut plus se retirer de ces dossiers (CMR, CRDI). Je deviens un sous-contractant du CRDI ou du CMR. La définition de nos services est trop large. Maintenant, on a des enfants diagnostiqués dans notre charge de cas et ils n'ont pas de services spécialisés.

**Compte tenu du contexte, des chantiers nationaux des SIPPE en cours, y a-t-il des CSSS qui ont trouvé des aménagements intéressants?**

Discussion/commentaires

- Un CSSS rapporte s'en sortir relativement bien en prénatal. En postnatal : les ressources en psychoéducation sont tirées vers la réadaptation.
- Il est mentionné que les ressources en psychoéducation financées par le 2-4 ans devraient être dans les SIPPE et non en réadaptation.
- Difficulté à définir la patinoire des SIPPE.
- Dans un CLSC, plusieurs intervenants ont réussi à orienter la clientèle lorsque des services universels sont requis (ex. : santé mentale, services courants).
- Pas beaucoup de PSI, à développer davantage.
- Il est noté par une participante qu'il n'y a pas d'homogénéité entre les CSSS au niveau des services et de la compréhension et du déploiement des SIPPE.



- Nous sommes les seules équipes de PP au CSSS.
- Le souci d'harmonisation des services au sein d'un CSSS a un impact sur les SIPPE lorsque plusieurs CLSC sont impliqués (ex. : resserrement des critères). Cela ne fait pas de sens, car la réalité d'un CLSC à un autre est très différente. Désirer vouloir trop harmoniser les pratiques peut démotiver les intervenants.
- La marge de manœuvre dans son CSSS diffère beaucoup d'un superviseur à l'autre en fonction de son titre d'emploi au sein du CSSS : gestionnaire clinique, intervenante avec un rôle de supervision, superviseur clinique, etc.

## **6. Les outils développés : utiles? utilisés?**

Les résultats du questionnaire sur l'utilité perçue et l'utilisation réelle des outils développés par la DSP sont présentés. Par la suite, les participantes sont invitées à les commenter et, au besoin, des questions additionnelles sont posées pour susciter la discussion.

### Commentaires/discussion sur les activités de transfert

- Comme nous avons la même formation que les intervenants, c'est utile d'avoir les exemples d'activités de transfert.
- Utile si je veux systématiser des capsules dans le cadre des réunions d'équipe.
- L'utilité des outils fait consensus. Cependant, le temps manque pour les utiliser.
- Il est proposé qu'à chaque rencontre régionale, une capsule-activité sur l'attachement soit proposée par la DSP. Cette activité pourrait par la suite être reprise par les superviseurs avec leur équipe. But visé : permettre l'appropriation d'activités de transfert.
- Il est rappelé aux superviseurs que leur rôle est d'identifier les besoins des intervenants de leur équipe et de déterminer les actions à poser pour les faire avancer. Un travail de planification est nécessaire.
- Les vignettes fictives ne fonctionnent pas dans un CLSC. Les intervenants préfèrent les cas concrets.
- Il est mentionné par un superviseur que cela nécessite du temps pour préparer les activités de transfert.
- Il est rappelé que dans le financement provenant de la DSP pour la supervision, du temps de préparation et de planification est prévu.
- Je dois recevoir les documents « mâchés », car je n'ai pas de temps pour en concevoir. Il est suggéré d'élaborer des activités en rencontre régionale.
- Un superviseur mentionne qu'il n'ose pas assez apporter l'attachement dans les rencontres parce qu'il est plus préoccupé à accueillir les intervenants dans leur débordement. Il faut faire l'effort de l'intégrer dans l'ODJ même si ce n'est pas prioritaire.
- Objectif sur l'attachement dans le plan de travail ; 45 minutes sur le thème lors de chaque rencontre d'équipe, liens avec la théorie.
- Mettre un temps dans les réunions d'équipe même si ce n'est pas une longue période.
- Activités de transfert : à poursuivre, mais favoriser davantage l'appropriation par les superviseurs.
- Il serait intéressant d'avoir des connaissances sur l'andragogie afin de mieux connaître la façon de soutenir le transfert des apprentissages dans la pratique.
- Les outils de l'agence sont bien faits : il faut faire l'effort de se les approprier et de sortir de l'envahissement des urgences du quotidien.

- Un superviseur fait remarquer que les familles suivies par les SIPPE vivent souvent des situations de crise et d'urgence. De la même manière, les intervenants qui les accompagnent sont souvent placés dans des situations de crise, où ils n'ont pas le temps de préparer leurs rencontres à domicile et de s'approprier de nouvelles façons de faire (ex. : guide sur l'attachement). De part et d'autre, il faut mettre en place les moyens nécessaires pour briser ce cercle vicieux de l'urgence et du manque de temps afin d'aménager pour les intervenants un espace de préparation et d'appropriation de nouvelles pratiques d'intervention et de la part des parents, faire un espace pour l'expérimentation de moments privilégiés d'interaction parent –enfant par le biais d'activités sur l'attachement.

#### Commentaires/discussion sur l'outil d'aide à la tâche

- C'est utile et c'est utilisé par les intervenants : c'est un moyen à poursuivre.
- Les intervenants le regardent souvent.
- Bien fait, succinct. En plus, il est beau

#### Y aurait-il d'autres outils à développer?

- Il serait intéressant que les intervenants aient accès à un outil d'observation sur lequel ils peuvent écrire (une grille d'observation).
- Diane Lépine mentionne qu'une stagiaire à son CLSC a élaboré un exercice intéressant pour permettre aux intervenants de s'approprier les quatre dimensions de la qualité des soins (phrases clés que les intervenantes doivent classer en fonction des 4 dimensions de la qualité des soins).
- Il est suggéré de faire des alliances avec des universités afin qu'ils développent des outils concrets d'intervention.

### **7. L'attachement : les suites à donner**

Les résultats du questionnaire sur les besoins de soutien pour favoriser la réalisation d'activités sur l'attachement sont présentés.

#### Commentaires/discussion

- Un superviseur mentionne qu'il serait intéressant de s'approprier ensemble les activités de transfert pour ceux qui en ressentent le besoin. Dans une perspective d'accompagnement, une rencontre pourrait se faire soit en individuel ou en sous-groupe réunissant quelques superviseurs intéressés.
- Il est proposé d'intégrer des capsules sur l'attachement lors des rencontres régionales. Ces activités pourraient être reprises par la suite par les superviseurs avec leur équipe.
- Il sera nécessaire de trouver des moyens pour diffuser les activités développées localement et qui ont bien fonctionné à l'ensemble des superviseurs (ex. : vidéo)
- Faire connaître et diffuser les succès sur le terrain. Quels moyens faut-il mettre en place? Réflexion à faire.
- Prendre le temps de regarder ensemble les activités de transfert, identifier des variantes, discuter du matériel nécessaire.
- Important d'être nourri pour pouvoir nourrir. Importance de partir des intervenants.
- La réalisation d'activités de transfert nécessite au départ une analyse des besoins de l'équipe par le superviseur. Cette étape est incontournable.
- Mettre à profit les intervenants d'expérience ou ceux qui sont en avance. Réfléchir à des manières pour mettre en valeur cette expertise.

- Un des défis de l'intervention : identifier les forces des familles sur lesquelles l'intervenant peut s'appuyer et non seulement les éléments à consolider ou à soutenir chez les parents.
- L'expérimentation concrète par les intervenants demeure une piste à explorer davantage pour favoriser l'appropriation. Créer le climat pour faire en sorte que le parent ou l'intervenant va vouloir le reproduire.
- Il serait intéressant d'avoir des connaissances sur l'andragogie afin de mieux savoir comment soutenir le transfert des apprentissages dans la pratique.

#### **8. Proposition de rencontres-formations pour l'hiver et le printemps 2010**

- Jeudi, 18 février 2010 : formation par Annie Couture sur les fiches défis du CSSS du Suroît.
- Mardi, 20 avril 2010 : rencontre régionale.
- Consultation pour l'automne 2010 : Trois propositions sont faites pour l'automne 2010 : 1) offrir une suite à la formation pauvreté ; 2) offrir une suite à la formation sur l'interdisciplinarité et 3) offrir journée sur ÉLÉ (guide pour les parents) et journée sur la trousse « Moi, comme parent ». C'est le troisième choix qui est retenu.

#### **9. Informations en vrac**

- Bilan d'implantation des SIPPE : Les résultats régionaux seront présentés dans un premier temps aux cadres supérieurs et aux cadres intermédiaires. Par la suite, ces résultats régionaux vous seront présentés en avril prochain. Enfin, une tournée des CSSS se déroulera pour vous présenter les résultats locaux.
- Chantiers nationaux du MSSS : la rencontre nationale prévue pour les chantiers nationaux en décembre 2009 est reportée à une date ultérieure.
- Orientations régionales en développement continu des compétences des intervenants en petite enfance. Lors de la rencontre du mois d'avril, vous serez informé des orientations régionales pour la supervision clinique et vous serez consulté sur les travaux concernant la définition des rôles, actions clés et compétences des superviseurs cliniques des SIPPE.

#### **10. Appréciation de la rencontre**

- Les participants se disent très satisfaits de la rencontre. Elle leur a permis de remettre sur leur table de travail les enjeux associés au transfert dans la pratique des activités sur l'attachement.
- Les participants mentionnent que le fait d'avoir eu à remplir le questionnaire avant la rencontre les a incités à revenir sur la thématique de l'attachement. C'est important d'y revenir.
- C'est constructif d'être ici aujourd'hui.