

Université de Montréal

Relever le défi des plans de services individualisés (PSI) au Québec: Leçons tirées de
l'expérience des Équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ)

par
Frédéric Nault-Brière

Département de psychologie
Faculté des arts et sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maître ès science (M.Sc.)
en psychologie

Janvier 2006
© Frédéric Nault-Brière, 2006



BF
22
U54
2006
v.033

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Relever le défi des plans de services individualisés (PSI) au Québec: Leçons tirées
de l'expérience des Équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ)

présenté par :

Frédéric Nault-Brière

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Frédéric Choquier

.....
président-rapporteur

Christopher Earls
directeur de recherche

Christian Dagenais
codirecteur

Nancy Guberman

.....
membre du jury

Résumé :

Ce mémoire présente les résultats d'une analyse qui visait à déterminer de quelle façon les Équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ), une initiative de coordination de services implantée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec en 2003, facilitent la réalisation des plans de services individualisés. L'analyse, de type qualitatif, s'est fortement inspirée de la méthode de la théorisation ancrée (*Grounded Theory*) originalement élaborée par Glaser & Strauss (1967). Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-structurés qui ont été administrés à une vaste gamme de participants directement impliqués dans l'initiative. Les résultats de l'analyse soulignent la centralité du rôle joué par le coordonnateur des ÉIJ dans la réalisation des plans de services individualisés ainsi que l'importance de la structure et des ressources procurées par les équipes. La qualité de la collaboration entre les établissements au sein des ÉIJ est également considérée comme un facteur décisif.

Mots clés :

Coordination de services; coordination de cas; collaboration interdisciplinaire; collaboration interorganisationnelle; collaboration interprofessionnelle; équipe interdisciplinaire; santé et services sociaux

Summary:

This thesis presents the results of a qualitative study that sought to determine how Youth Intervention Teams (YIT), a service coordination initiative implemented by the Quebec Health and Social Services Department in 2003, facilitate the production of individual service plans (ISP). The analysis was inspired from the Grounded Theory methodology originally elaborated by Glaser & Strauss (1967). Data were collected using semi-structured interviews that were administered to a wide range of participants who were directly involved in the initiative. The results emphasize the centrality of the role played by YIT coordinators in the elaboration ISPs and stress the importance of the structure and resources provided by the teams. The quality and level of collaboration between agencies within YITs is also considered a crucial factor.

Keywords:

Service coordination; case coordination; interdisciplinary collaboration; interprofessional collaboration; interorganisational collaboration; interdisciplinary team; health and social services

TABLE DES MATIÈRES

PAGE TITRE.....	i
IDENTIFICATION DES JURYS.....	ii
RÉSUMÉ FRANÇAIS.....	iii
RÉSUMÉ ANGLAIS (SUMMARY).....	iv
TABLE DES MATIÈRES.....	v
LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	x
REMERCIEMENTS.....	xi
I. INTRODUCTION.....	1
II. MISE EN CONTEXTE.....	4
A- Le plan de services individualisé.....	4
<i>Définition.....</i>	4
<i>Les différents modèles de coordination de services.....</i>	4
<i>Le plan de services dans le réseau de la Santé et des Services Sociaux.....</i>	6
<i>En résumé.....</i>	8
B- Problèmes associés aux pratiques du plan de services.....	9
C- Les Équipes d'intervention jeunesse.....	10
D- Les Équipes d'intervention jeunesse et les PSI.....	12
III. CADRE THÉORIQUE.....	16
A- La coordination interprofessionnelle.....	18
<i>Facteur interorganisationnels.....</i>	18
<i>Facteur interprofessionnels.....</i>	19
<i>En résumé.....</i>	21
B. La collaboration interdisciplinaire.....	21
<i>Facteurs microsystemiques.....</i>	22
<i>En résumé.....</i>	25
<i>Facteurs mésosystemiques.....</i>	25
<i>En résumé.....</i>	29
<i>Facteurs macrosystemiques.....</i>	30
<i>En résumé.....</i>	32
C. Conclusion.....	33
IV. MÉTHODOLOGIE.....	34
Formulaires en ligne.....	35
Examen approfondi de quatre régions.....	36

Études de cas.....	38
Considérations éthiques.....	40
V. MÉTHODE D'ANALYSE.....	42
Déroulement de la recherche.....	43
<i>Définition de l'objet de recherche.....</i>	<i>43</i>
<i>Échantillonnage.....</i>	<i>44</i>
<i>Sur la procédure de codification.....</i>	<i>44</i>
<i>Sur la méthode de comparaison constante.....</i>	<i>48</i>
<i>Sur la réflexion théorique.....</i>	<i>49</i>
<i>Sur la sensibilité théorique/utilisation de la littérature.....</i>	<i>51</i>
Conclusion.....	52
Informations relatives à l'article.....	53
VI. RÉSULTATS.....	54
Introduction.....	54
Quelques notes méthodologiques.....	56
Détails sur le fonctionnement des ÉIJ.....	58
Résultats.....	59
<i>Le coordonnateur ÉIJ.....</i>	<i>60</i>
Une position privilégiée.....	61
<i>Neutralité/extériorité.....</i>	<i>61</i>
<i>Autorité/légitimité.....</i>	<i>62</i>
<i>Disponibilité.....</i>	<i>62</i>
Une expertise de la collaboration interdisciplinaire.....	62
<i>La mise en place d'une structure de collaboration.....</i>	<i>66</i>
<i>Une bonne collaboration déjà établie.....</i>	<i>68</i>
<i>Adhésion au PSI.....</i>	<i>70</i>
<i>Systématisation/formalisation des façons de faire en lien avec le PSI.....</i>	<i>71</i>
<i>Le rôle du temps.....</i>	<i>72</i>
Vignette clinique.....	72
Discussion.....	74
Conclusion.....	77
VII. DISCUSSION GLOBALE.....	78
Retour sur les principaux thèmes.....	78
Pertinence du choix de l'objet de recherche.....	82
Pertinence des choix méthodologiques.....	83
Forces et limites.....	85
Limites.....	85
<i>Limites concernant la généralisation des résultats présentés.....</i>	<i>85</i>
<i>Limites méthodologiques.....</i>	<i>86</i>

Forces.....	87
<i>Crédibilité</i>	87
<i>Participants</i>	88
VIII. CONCLUSION ET IMPLICATIONS.....	89
IX. RÉFÉRENCES.....	92
ANNEXE I.....	xii
ANNEXE II.....	xiii
ANNEXE III.....	xiv
ANNEXE IV.....	xv

LISTE DES FIGURES

Figure 1. <i>La structure de fonctionnement d'une ÉIJ</i>	59
---	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Résumé des dispositifs de collecte de données mis en place pour l'évaluation des ÉIJ.....	41
Tableau 2. Vignette clinique.....	73

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AgL	Agent de liaison
CJ	Centre Jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
ÉIJ	Équipe d'intervention jeunesse
LSSSS	Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux
LPJ	Loi sur la Protection de la Jeunesse
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
PI	Plan d'intervention
PSI	Plan de services individualisé
TED	Trouble envahissant du développement
Plan de services	Plan de services individualisé

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Christian Dagenais et Kim Archambault pour leur patience.

Je remercie également Louise Lemay pour avoir gracieusement accepté de me rencontrer et de me donner accès à ses vastes connaissances sur le plan de services et ses enjeux.

I. INTRODUCTION

L'objet de ce mémoire consiste à décrire la contribution d'un projet-pilote, les Équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ), à la réalisation des plans de services individualisés (PSI)¹. Le plan de services est un outil de planification et de coordination de services que doivent produire les établissements du réseau de la Santé et des Services Sociaux dès que la situation d'un usager requiert, pour une période prolongée, l'intervention de plusieurs organisations différentes. Cependant, malgré qu'il fasse l'objet d'une obligation légale depuis plus de quinze ans (avec son insertion dans Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux [LSSSS]), plusieurs sources ont montré que son utilisation demeure dans les faits très restreinte, s'approchant davantage de l'exception que de la règle. Ce constat remet sérieusement en question la qualité de la coordination des services dispensés aux personnes dans le besoin et confère, pour cette raison, aux enjeux de la mise en œuvre du plan de services une importance capitale. Ces enjeux n'ont toutefois pas été étudiés de façon approfondie, ni fréquente.

Les Équipes d'intervention jeunesse sont issues d'une initiative expérimentale de coordination de services instaurée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) en 2003 et se démarquent pour avoir été parmi les premières (sinon la première) entités au Québec à réaliser des plans de services de façon systématique - comme l'a démontré le rapport d'évaluation du Projet ÉIJ (Dagenais, Larivière et coll., en préparation). Ce mémoire vise à identifier les facteurs qui permettent d'expliquer *pourquoi* et *comment* ces équipes facilitent l'élaboration des PSI. De plus, bien que

¹ Pour éviter d'alourdir indûment le texte pour le lecteur, l'expression « plan de services » ou l'acronyme « PSI » seront utilisés à la place du terme « plan de services individualisé ».

l'analyse s'attache avant tout à comprendre et à exposer ces facteurs dans leur contexte d'étude, son objectif plus large n'en demeure pas moins de fournir des résultats qui permettront de mieux cerner les enjeux et les conditions de succès associés à la réalisation des plans de services dans l'ensemble du réseau, notamment en procurant des pistes d'investigation et de réflexion qui pourront faciliter l'orientation des recherches futures sur ce phénomène complexe.

Dans un premier temps, les définitions, les concepts et le contexte entourant la problématique à l'étude seront situés plus clairement dans la section « mise en contexte » (section II). Il y sera décrit de façon plus détaillée ce que sont (1) le plan de services, (2) les problèmes associés à sa mise en œuvre dans le réseau de la Santé et des Services Sociaux, (3) les Équipes d'intervention jeunesse et (4) le lien entre les ÉIJ et les PSI. Ensuite, le cadre théorique (section III) présentera un survol de la littérature existante en rapport avec la problématique étudiée. Comme peu d'ouvrages ont été produits concernant spécifiquement les conditions déterminant le succès des pratiques PSI, cette section couvrira principalement des domaines connexes et plus généraux, mais tout de même pertinents.

La partie suivante (section IV) décrira en détail la méthodologie employée pour collecter les données examinées dans cet ouvrage; elle sera immédiatement suivie d'une description en profondeur de la méthode d'analyse à partir de laquelle ces données ont ensuite été traitées et analysées (section V). Une fois toutes ces précisions théoriques, pratiques et méthodologiques apportées, le contenu principal, c'est-à-dire les résultats obtenus lors de l'analyse, sera présenté sous la forme d'un article (section VI). Il est à

noter que ce mode de présentation rendra certaines redondances entre les sections inévitables. Les faits saillants de l'article seront ensuite discutés et mis en relation avec la littérature existante abordée dans le cadre théorique (section VII), avant d'être brièvement résumés dans la conclusion (section VIII). Les principales implications théoriques et pratiques seront également soulevées au moment de conclure.

II. MISE EN CONTEXTE

A- Le plan de services individualisé (PSI)

Définition

Le plan de services individualisé (PSI) est un outil de planification clinico-administratif instauré par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) dans le but d'assurer la coordination et la continuité des services offerts aux personnes dans le besoin. La définition officielle du PSI offerte par le Ministère est la suivante :

« Le plan de services individualisé (PSI) est une démarche qui, par la participation active de la personne ou de son représentant ou de sa représentante et la coordination des interventions, permet la planification et la prestation concertée des services nécessaires pour répondre aux besoins de cette personne, afin de favoriser ou de maintenir son intégration sociale, tout en assurant sa protection » (MSSS, 1993, p. 57)

Le PSI a été introduit dans l'article 103 de la Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux (LSSSS) en 1991 et constitue depuis une obligation légale pour l'ensemble des établissements du réseau:

« Lorsqu'un usager [...] doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé » (LSSSS, art. 103)

Les différents modèles de coordination de services

Il existe une grande variété de modèles de coordination de services mis en pratique à travers le monde. L'Office pour les Personnes Handicapées du Québec [OPHQ] (2003) considère que les différentes variantes peuvent être regroupées sous deux grands

modèles de base, soit le *case management* (ou la gestion personnalisée) et la *coordination concertée*.

Le *case management* est un modèle de coordination de services dans lequel l'élaboration du plan de services se trouve sous la responsabilité d'un gestionnaire de cas ou « *case manager* » qui travaille directement avec les usagers et les accompagne personnellement dans un processus continu assurant la coordination et l'accessibilité des services (OPHQ, 2003). Il existe une multitude de formes différentes de *case management* (en fait plus de 250 selon le diagnostic de Paradis & Gagnon (1995)) qui fluctuent généralement entre des variantes cliniques, dans lesquelles le gestionnaire de cas intervient directement auprès des clients, et des variantes plus administratives, dans lesquelles celui-ci réalise avant tout une forme de courtage des services pour les usagers sans toutefois s'impliquer au niveau de l'intervention.

Le second modèle, appelé *coordination concertée*, est un modèle dans lequel la coordination des services est réalisée par l'entremise d'un processus de collaboration entre les divers établissements impliqués dans une même situation. Selon l'OPHQ (2003), la coordination concertée se définit comme

« un processus visant à garantir l'accessibilité, la planification et la coordination des services par la concertation entre la personne, ses représentants et les dispensateurs de services. Dans le cadre d'une démarche concertée, les dispensateurs de services, la personne et ses proches doivent s'entendre entre eux sur les objectifs à atteindre, les moyens d'y parvenir et identifier les ressources à mobiliser à cet effet » (OPHQ, 2003, p. 7)

La plupart des documents gouvernementaux qui ont été produits concernant le plan de services (OPHQ, 1984; MSSS, 1993), de même que les ouvrages académiques ou autre qui ont été écrits sur le sujet (Boisvert, 1995) proposent généralement des modèles de *coordination concertée*.

Le plan de services dans le réseau de la Santé et des Services Sociaux

Le modèle le plus couramment utilisé dans l'ensemble du réseau de la Santé et des Services Sociaux est celui de la *coordination concertée*. Le plan de services est donc élaboré lors ou à la suite de rencontres interdisciplinaires qui regroupent les différents dispensateurs de services, la personne et/ou ses représentants. Ces rencontres pourraient être qualifiées de *ad hoc*, dans le sens où les groupes de professionnels qui y participent varient d'une situation à l'autre en fonction des besoins spécifiques du client et des nécessités propres à sa situation. Il est aussi important de préciser que les rencontres PSI sont d'abord et avant tout d'ordre clinique; elles impliquent à peu près toujours des intervenants avec leur client commun et ne s'inscrivent pas dans un mécanisme plus étendu et plus structuré entre les établissements qui comporterait une collaboration au niveau administratif avec, par exemple, des ressources et/ou des responsabilités partagées.

➤ La coordination du plan de services

Comme le prescrit l'article 103 de la LSSSS, la responsabilité de la coordination du plan de services – et donc des rencontres PSI – revient à l'établissement qui dispense la majeure partie des services dans une situation donnée ou à un intervenant désigné après concertation entre les établissements. Cela signifie dans les faits que les intervenants qui coordonnent la démarche occupent un double rôle : ils doivent à la fois remplir leurs

fonctions en tant qu'intervenants, rattachés à un établissement et à un mandat précis, et celles de coordonnateur (ou intervenant-pivot), responsable de gérer, d'animer les rencontres ainsi que de s'acquitter d'un rôle plus administratif d'organisation et de relais entre les organisations (planification des rencontres, suivi, etc.). Afin de pallier pour la lourdeur de ce double rôle, Boisvert (1995) suggère un modèle alternatif dans lequel la fonction de coordination serait fractionnée et partagée entre les différents intervenants qui participent aux rencontres PSI. Bien qu'intéressant théoriquement, aucune donnée officielle n'indique que ce modèle soit très utilisé dans le réseau à l'heure actuelle.

➤ **La révision du plan de services**

En plus d'assurer la coordination et la cohérence des services par la concertation entre les dispensateurs, la démarche du plan de services vise à garantir la continuité des interventions mises en place, un objectif qui se concrétise par la révision périodique du PSI. Bien qu'il n'y ait pas d'échéance formelle prévu pour sa révision dans la LSSSS, l'article 104 prescrit tout de même que le plan de services doit être évalué et revu sur une base régulière :

« Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles » (LSSSS, art. 104)

➤ **La participation des usagers à l'élaboration de leur plan de services**

Plus qu'un instrument réservé à l'usage des praticiens, le plan de service représente avant tout un outil visant à faciliter l'implication des usagers dans la définition de leurs besoins et des interventions qui leur sont destinées. La LSSSS prévoit en effet que les personnes concernées doivent pouvoir participer de façon active à toutes les étapes menant à l'élaboration de leur plan de services :

« Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être. Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103. Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans » (LSSSS, art. 104)

Dans ce sens, le PSI symbolise « un état d'esprit qui traduit une volonté de donner priorité à la personne » (Despins, 1995, p. 79) et il constitue en conséquence un atout majeur d'une offre de services flexible, centrée sur les besoins des usagers, et qui aspire à accorder à ceux-ci une place prépondérante dans le processus thérapeutique visant à améliorer leur situation.

➤ **Les étapes de l'élaboration du plan de services**

Les auteurs s'entendent généralement assez bien sur le nombre et la nature des étapes qui mènent à l'élaboration d'un plan de services (Champagne, 1992, cité dans OPHQ, 2003). Les cinq phases suivantes, tirées de l'ouvrage de Boisvert (1995), se retrouvent à quelques différences près dans la plupart des modèles suggérés: (1) la référence (accueil), (2) l'évaluation globale des besoins, (3) la rédaction du PSI, (4) l'actualisation du PSI et (5) la révision du PSI. Chacune de ces étapes comporte des enjeux spécifiques qui peuvent influencer le succès de la démarche du plan de services.

En résumé...

En somme, le plan de services individualisé (PSI) est un outil qui vise à assurer et à faciliter la coordination et la continuité des services. Il constitue une obligation légale pour les établissements du réseau de la Santé et des Services Sociaux depuis son introduction dans la LSSSS en 1991. Plusieurs modèles de coordination de services peuvent potentiellement orienter la démarche d'élaboration d'un PSI, mais le modèle privilégié dans le réseau est celui de la *coordination concertée* : le plan de services est

élaboré lors ou à la suite de rencontres *ad hoc* qui regroupent les dispensateurs de services concernés, la personne dans le besoin et/ou ses représentants - la démarche est donc un processus de collaboration entre établissements/intervenants et familles. La coordination de la démarche est assurée par l'organisation qui dispense la majeure partie des services ou par un intervenant désigné conjointement par les établissements impliqués, tel que convenu dans l'article 103 de la LSSSS. Le PSI doit être révisé sur une base régulière, qui n'est cependant pas spécifiée dans la Loi.

Plus qu'un outil à l'usage des intervenants et des établissements, le plan de services a pour but de faciliter l'implication des personnes concernées dans la définition et le choix des services qui leurs sont destinés en encourageant leur participation dans chacune des étapes menant à sa réalisation. Si les auteurs ne s'accordent pas nécessairement sur la définition du PSI ou sur un modèle de démarche à privilégier, la plupart s'entendent cependant sur l'existence de cinq phases distinctes menant à son élaboration, soit (1) la référence (accueil), (2) l'évaluation globale des besoins, (3) la rédaction du PSI, (4) son actualisation et (5) sa révision. En somme, le plan de services individualisé constitue un outil crucial qui permet d'offrir des services adaptés, mieux centrés sur les besoins des usagers et qui leur réserve un rôle central dans le processus thérapeutique qui vise à améliorer leur situation.

B- Problèmes associés aux pratiques du plan de services

Malgré son utilité indéniable et sa mention dans la LSSSS depuis plus de 15 ans, plusieurs sources ont démontré que le plan de services est peu utilisé dans les faits. En particulier, le rapport du Vérificateur Général du Québec de 2003-2004 (Vérificateur

Général du Québec, 2004) dévoilait que, sur 23 dossiers examinés dans divers Centres Jeunesse et 13 évalués dans plusieurs CLSC, aucun « ne renfermait le plan souhaité » (p. 144), même si les situations considérées auraient dû, légalement, enjoindre son élaboration. D'autres documents gouvernementaux ou paragouvernementaux ont également reconnu l'existence de problèmes associés aux pratiques PSI (OPHQ, 2003; Lamarre, 1998) et ont parfois tenté d'expliquer sommairement les enjeux qui les sous-tendent. Tous ces constats sont très sérieux, car ils impliquent que la volonté politique d'amener des réformes constructives dans l'offre de services *ne s'est pas transmise adéquatement au niveau des pratiques*. À l'heure actuelle, le PSI apparaît bien plus comme un défi laborieux que comme l'outil accommodant et pratique qui était attendu à l'origine.

La conséquence évidente des problèmes liés aux pratiques du plan de services est que les usagers courent toujours le risque, en 2006, de se retrouver confrontés à une offre de services fragmentée et incohérente en dépit du fait que le réseau devrait *théoriquement et légalement* offrir des services coordonnés et adaptés à leurs besoins. Les raisons pouvant expliquer ces lacunes n'ont pas été explorées de façon systématique et demeurent toujours méconnues.

C- Les Équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ)

Les Équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ) sont issues d'un projet-pilote introduit par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) en 2003. Ces équipes ont été implantées dans chacune des régions administratives du Québec avec le mandat de faciliter la coordination des services dans le cadre de situations particulièrement

complexes impliquant des jeunes (0-18 ans) lorsque les services de première ligne se retrouvent coincés dans une impasse clinique et/ou administrative. Chaque ÉIJ est composée d'un coordonnateur, lequel est indépendant des établissements du réseau¹, et de cadres – appelés agents de liaison (AgL) – représentant chacun des dispensateurs de services sur le territoire qui lui est assigné (Centres locaux de services communautaires [CLSC], Centres jeunesse [CJ], écoles, Centres de réadaptation en déficience physique [CRDP] et intellectuelle [CRDI], centres de toxicomanie, organismes communautaires, etc.). Collectivement, ces individus ont reçu le mandat d'assister divers groupes d'intervenants impliqués dans des situations complexes et aux prises avec des difficultés au niveau de la coordination des interventions dans la démarche de planification et d'organisation des services.

Sans ici trop entrer dans les détails, il est néanmoins nécessaire de décrire sommairement le mode de fonctionnement des ÉIJ. Les situations sont la plupart du temps référées aux équipes par l'entremise d'un agent de liaison, après que celui-ci ait reçu une demande d'un intervenant de son établissement d'appartenance impliqué dans une situation complexe, interorganisationnelle et généralement entravée par une impasse clinique et/ou administrative. Après avoir effectué un premier dépistage afin de vérifier si la situation proposée rencontre les critères d'intervention imposés aux ÉIJ, l'agent de liaison choisit de référer ou non la situation à l'équipe. S'il le fait, la situation est soumise à l'ensemble des membres stables de l'ÉIJ qui décident conjointement de la prendre en charge ou de la refuser lors d'une de leurs rencontres périodiques.

¹ Le coordonnateur ÉIJ relève par contre administrativement du Centre local de services communautaires [CLSC] se trouvant sur le territoire de son équipe.

Si la situation est approuvée par l'équipe, la démarche d'intervention se met en marche. Les différents membres conviennent des services requis et les agents de liaison nomment les intervenants de leur établissement respectif qui participeront à la démarche clinique. Le plus souvent, ces intervenants sont ceux qui étaient déjà impliqués dans la situation avant l'intervention de l'ÉIJ, mais il arrive aussi fréquemment que des établissements qui n'étaient pas impliqués à l'origine soient sollicités par celle-ci, et conséquemment que des nouveaux intervenants soient nommés. L'équipe mobilise ensuite les différents acteurs qui prendront part aux rencontres cliniques, incluant bien entendu la famille du jeune auquel s'adressent les services, et parfois le jeune lui-même. Il est important de noter que les familles doivent obligatoirement fournir leur consentement à ce que les différents services se concertent et à ce que l'ÉIJ intervienne avant que celle-ci puisse entamer son intervention.

Dans la majorité des cas, les rencontres cliniques regroupent le coordonnateur ÉIJ, un groupe d'intervenants - qui varie de situation en situation - et la famille du jeune concerné. Elles n'impliquent que rarement les agents de liaison, même si ceux-ci sont souvent appelés à fournir du soutien lorsque des obstacles d'ordre administratif nuisent à la démarche clinique. Une fois bien implantée, les équipes traitent en moyenne entre 30 et 35 situations à l'intérieur d'une année (Dagenais, Larivière et coll., en préparation). La démarche d'intervention des ÉIJ est décrite plus en détail dans la prochaine section.

4- Les Équipes d'intervention jeunesse et le PSI

Comme les Équipes d'intervention jeunesse interviennent dans des situations qui impliquent invariablement plusieurs établissements, le Ministère les a mandaté de

recourir au plan de services individualisé comme outil de travail. En théorie, chacune des situations traitées par une ÉIJ devrait donc aboutir à l'élaboration d'un PSI; par contre, comme la démarche peut dans les faits se trouver encombrée par une multitude d'obstacles (par exemple, un refus de la famille concernée, un déménagement, etc.), un objectif plus réaliste de 75% - c'est-à-dire que trois dossiers sur quatre traités par une équipe contienne un PSI - a été fixé (MSSS, non daté).

Concrètement, cela signifie que la démarche d'intervention des ÉIJ doit être orientée autour du PSI : les rencontres cliniques doivent nécessairement mener à l'élaboration d'un plan de services dans lequel sont détaillés des tâches, des rôles et des objectifs formels pour chacun des acteurs impliqués. Son contenu doit être préparé en consultation avec les familles et obtenir leur approbation, et le suivi des situations, qui vise à assurer la continuité des interventions, doit se faire par sa révision périodique, comme cela devrait d'ailleurs être le cas dans l'ensemble du réseau.

À la différence des pratiques PSI en-dehors des ÉIJ, où ce sont des intervenants qui détiennent le mandat de planifier et de coordonner les rencontres, la mobilisation des partenaires dans une situation ÉIJ est assumée par l'équipe, et en particulier par le coordonnateur. La mobilisation des familles demeure cependant le plus souvent accomplie par l'entremise d'un intervenant (souvent l'« intervenant-pivot » comme il en sera question par la suite) déjà impliqué auprès de celles-ci et qui possède avec elles un lien de confiance déjà consolidé.

Plusieurs équipes ont établi un système de rencontres préparatoires, qui ne regroupent que les dispensateurs de services, afin de préparer à l'avance le déroulement des rencontres de plan de services et souvent d'adoucir certaines tensions entre les établissements qui auraient pu surgir au moment des rencontres officielles. L'animation des rencontres PSI est le plus souvent l'affaire du coordonnateur ÉIJ, de même que la rédaction du plan en tant que tel, qui s'effectue soit directement au moment de ces rencontres, soit ultérieurement, à la suite d'un travail de « remâchage » (ce qui arrive dans une majorité des cas).

La plupart des équipes divisent la fonction de coordination et nomment un « intervenant-pivot » qui partage certaines tâches avec le coordonnateur ÉIJ. Le plus souvent, ceux-ci servent de relais avec la famille et avec les établissements entre les rencontres organisées par une ÉIJ. Ils reçoivent également souvent le mandat d'assurer la poursuite de la coordination des services lorsque l'équipe se retire d'une situation. Dans l'ensemble, les fonctions de l'intervenant-pivot varient d'une équipe à l'autre et d'une situation à l'autre ; dans certains cas, il peut animer une rencontre PSI et rédiger le plan de services (sous la supervision du coordonnateur ÉIJ), dans d'autres, son rôle se limite à celui de contact privilégié auprès des familles. Il n'existe pas de modèle standard employé par toutes les équipes dans toutes les situations.

Comme il a été mentionné dans la section précédente, les agents de liaison font rarement partie des rencontres de plan de services, qui sont avant tout d'ordre clinique. Ils sont cependant appelés à jouer un rôle avant les rencontres, au moment de la référence des situations et de la mobilisation des partenaires, de même que lorsque des obstacles

administratifs (par exemple, absence ou inaccessibilité d'un service, manque de budget, etc.) nuisent à la réalisation des PSI et à la démarche clinique.

Maintenant que les Équipes d'intervention jeunesse ont été sommairement décrites et que le lecteur est plus familier avec les détails de leur fonctionnement, il est temps de présenter certains de leurs résultats, tirés du rapport d'évaluation de la deuxième année du Projet ÉIJ (Dagenais, Larivière et coll., en préparation). Malgré des différences marquées entre certaines régions, les équipes ont globalement atteint leur objectif par rapport à la réalisation des plans de services lors de leur deuxième année d'existence – c'est-à-dire que 75% de l'ensemble des situations traitées par les différentes ÉIJ dans l'an II contenait un PSI (Dagenais, Larivière et coll., en préparation). Cela ne signifie pas pour autant que la démarche PSI n'a jamais été entravée. Plusieurs obstacles ont nuit à la réalisation des PSI et ceux-ci ont d'ailleurs fait l'objet d'une section complète dans le rapport d'évaluation des équipes. Cependant, ce qui importe de retenir ici est que les ÉIJ ont été dans l'ensemble très efficaces à réaliser des plans de services, un exploit qui contraste drastiquement avec les difficultés vécues dans le réseau. L'étude de leur fonctionnement peut donc faciliter la compréhension des facteurs et des conditions qui favorisent le succès de la démarche PSI, lesquels peuvent, une fois analysés et mis en perspective, fournir des pistes intéressantes afin d'améliorer les pratiques dans l'ensemble du système.

III. CADRE THÉORIQUE

Ce cadre théorique vise à mieux situer, à « contextualiser » les enjeux liés aux plans de services à l'aide de la littérature existante. Mais avant de commencer, quelques précisions s'imposent : d'abord, il existe peu de documentation concernant spécifiquement les enjeux relatifs à (i.e. les variables qui influencent) la réalisation des plans de services. La littérature sur le PSI contient relativement peu d'ouvrages et ceux qui existent sont principalement à vocation pratique, visant d'abord à guider les intervenants et les usagers à travers la démarche (par exemple, des outils de formation, des guides d'utilisation, etc.). Ceci dit, il existe beaucoup de littérature concernant des thèmes connexes et tout à fait pertinents à cette problématique et c'est une fraction de cette littérature qui sera rapportée dans cette section.

Deuxièmement, ce cadre théorique ne présente pas l'ensemble des écrits académiques qui ont été considérés lors de l'élaboration de ce mémoire. Une grande variété de thèmes et de sujets ont été explorés en cours d'analyse en fonction des principaux enjeux qui en ont émergé. Cette section ne présentera que les thèmes les plus pertinents et les plus aptes à enrichir la compréhension de la problématique à l'étude.

Ce contexte théorique se compose de deux grandes parties. La première porte sur la littérature relative aux facteurs qui influencent la coordination de cas interprofessionnelle (*interprofessional case coordination*). Comme il en a été question dans la section « mise en contexte », la démarche du plan de services s'accomplit au Québec selon un modèle de *coordination concertée*, dans lequel un groupe de

professionnels, impliqués dans un même cas et provenant de disciplines et d'établissements différents, se concertent entre eux et avec les usagers pour réaliser la coordination des services. De ce fait, la démarche PSI s'inscrit dans la définition large de la coordination de cas interprofessionnelle ; il est donc raisonnable de s'attendre à ce que plusieurs des enjeux décrits dans la littérature portant sur ce sujet puisse également s'appliquer à la question des plans de services.

La deuxième section comprend une synthèse des écrits se rapportant au thème plus général de la collaboration interdisciplinaire, lequel représente un des enjeux principaux ayant émergé lors de l'analyse, ce qui n'est d'ailleurs pas surprenant puisque la démarche du plan de services repose sur un processus de collaboration entre établissements, professionnels et disciplines. La littérature sur le sujet est extrêmement riche, mais demeure assez vague, notamment en ce qui concerne les définitions et les expressions employées. Les termes « partenariat », « coopération », « coordination » et « équipes interdisciplinaires » sont souvent utilisés de façon interchangeable par différents auteurs et leurs définitions sont pratiquement aussi nombreuses (et diverses) que les ouvrages dans lesquels ils sont évoqués. De même, la définition du terme « collaboration » varie d'un auteur à l'autre, décrivant parfois un processus, parfois une structure, et le plus souvent des structures et des processus différents. En dépit de cette confusion assez générale au niveau définitionnel, les principaux facteurs ou déterminants de la collaboration interdisciplinaire relevés dans différentes études et dans divers contextes sont étonnamment similaires, ce qui justifie pourquoi tous ces thèmes ont été regroupés dans la même synthèse globale.

A. La coordination de cas interprofessionnelle

La littérature se rapportant à la *coordination de cas interprofessionnelle* a été explorée. L'ouvrage qui s'est avéré de loin le plus intéressant est une recension des écrits, réalisée par Richard Freer (1997), qui examine les facteurs connus nuisant et facilitant la coordination de cas. L'auteur présente ces facteurs sous la forme d'un cadre analytique qui fait la distinction entre des variables (1) interorganisationnelles et (2) interprofessionnelles, en incluant dans cette dernière dimension des enjeux liés spécifiquement à la rencontre de coordination (*case conference factors*) – qui correspond à la rencontre du plan de services dans le système québécois. L'ouvrage de Freer est brièvement résumé dans les paragraphes qui suivent¹.

1) *Facteurs interorganisationnels*

Les principaux facteurs facilitants au niveau interorganisationnel sont les suivants : l'existence d'une sanction et de mandats légaux rendant la coordination de cas obligatoire, l'allocation de ressources pour financer spécifiquement les activités de coordination et le type de relations entre les établissements (Freer, 1997). Selon la typologie de Hallett & Stevenson (1980, cités dans Freer, 1997), il existe 4 types de relations interorganisationnelles, déterminées en fonction de leur degré de formalisation (i.e. la communication, la coopération, la coordination et la fédération) et Freer en déduit que les relations plus formelles, qui comportent une certaine perte d'autonomie organisationnelle ainsi qu'un partage des ressources, facilitent la coordination de cas.

¹ Comme les éléments résumés dans cette section sont entièrement tirés de l'ouvrage de Freer, son nom ne sera pas répété inutilement à la fin de chaque phrase. Le lecteur doit en comprendre que les informations présentées sans références proviennent de son texte.

Pour ce qui est des obstacles interorganisationnels à la coordination de cas, on retrouve les attentes conflictuelles basées sur des différences au niveau des priorités organisationnelles, des mandats légaux et des perspectives par rapport aux besoins des clients. Mouzakitis et Goldstein (1985, cités dans Freer, 1997) nomment ces divergences de perspective des « enjeux territoriaux » (*turf issues*). Il est intéressant de noter que les directives procédurales (*procedural guidelines*) représentent à la fois un facteur facilitant, parce qu'elles permettent de formaliser et d'encadrer le travail des professionnels impliqués, et un obstacle, parce qu'elles réduisent la discrétion et la flexibilité professionnelle et tendent à protéger les intérêts des organisations au détriment des intérêts des clients.

2) Facteurs interprofessionnels

Selon Freer, le facteur facilitant le plus déterminant au niveau interprofessionnel est la *qualité des relations entre les professionnels*. Daly (1991, cité dans Freer, 1997) souligne que la qualité des relations joue un rôle crucial dans la volonté des professionnels d'appliquer les politiques et les procédures de façon flexible et accommodante: plus les relations sont bonnes, plus les différents professionnels acceptent de s'adapter à la situation du client et aux objectifs des partenaires; plus les relations sont mauvaises, plus les professionnels tendent à se refermer sur les limites strictes de leur mandat et de leur rôle professionnel. Dans ce sens, les rapports entre les praticiens représentent un enjeu crucial de la coordination des cas puisque celle-ci vise précisément une adaptation des services en fonction de la situation des usagers. D'autres facteurs interprofessionnels soulevés par Freer qui facilitent la coordination de cas incluent l'accord au niveau des objectifs, des rôles et des procédures, l'existence de

valeurs communes, la confiance et le respect mutuel, la réceptivité aux idées des autres et un engagement continu à la communication (*continuing commitment to communication*).

Freer suggère également des facteurs facilitants reliés spécifiquement aux « processus de groupes » qui se déroulent lors des rencontres de coordination, qu'il classe tout de même à l'intérieur de la catégorie large des enjeux interprofessionnels. Ces facteurs, qui reprennent des variables originalement identifiées par Bales (1954, cité dans Freer, 1997) comme contribuant à la prise de décision efficace d'un groupe, sont la participation active de tous les membres du groupe, un bon équilibre entre l'accord et le désaccord, l'existence d'un leadership autant au niveau de la « tâche » qu'au niveau « social » (i.e. des relations entre les gens), et la taille du groupe (un noyau de 5 à 7 personnes est considéré par Bales comme optimal).

Parmi les facteurs interprofessionnels qui nuisent à la coordination de cas, on retrouve d'abord ce que Freer nomme des « enjeux dérivés des disciplines professionnelles » (*professional disciplinary issues*), qui comprennent notamment le recours aux stéréotypes ainsi que les différences de statut et de langage. L'auteur souligne que des professionnels provenant de disciplines différentes qui se rencontrent pour une première fois ont souvent tendance à se considérer les uns les autres d'une façon stéréotypée. Le manque de respect envers les autres professions par rapport à l'information valide et la territorialité professionnelle, qui prend souvent la forme d'une lutte de pouvoir entre les partenaires en vue de déterminer qui prendra le contrôle du processus de coordination, sont d'autres enjeux qui peuvent être provoqués par la rencontre des disciplines.

Dans les instances plus spécifiques où les services de protection de la jeunesse sont impliqués, il est reconnu que des mésententes peuvent survenir au niveau de la cible d'intervention. À cet égard, Hallett & Stevenson (1980, cités dans Freer, 1997) notent que les services de protection ont souvent tendance à se centrer uniquement sur le jeune en difficulté alors que d'autres services se centrent avant tout sur l'entité familiale. D'autres facteurs interprofessionnels pouvant nuire à la coordination de cas incluent les charges de cas excessives, le manque de confiance et de respect, les mauvaises relations interpersonnelles, les conflits de rôles et la mésentente au niveau des règles et des procédures en ce qui regarde la conduite de la rencontre.

En résumé...

Le succès d'une initiative de coordination de cas est déterminé par une multitude de variables, autant au niveau interprofessionnel qu'au niveau interorganisationnel. Les enjeux *relationnels* et les différences de perspective entre individus et entre organisations ressortent comme des facteurs particulièrement importants. Il sera possible de constater dans la prochaine section que ces facteurs sont également reconnus comme des enjeux majeurs à l'intérieur du thème plus vaste de la collaboration interdisciplinaire.

B. La collaboration interdisciplinaire

Cette section regroupe une synthèse des principaux facteurs qui ressortent de la littérature touchant au thème général de la « collaboration interdisciplinaire ». Comme il a été expliqué dans l'introduction de cette partie, cette littérature est aussi vaste qu'hétérogène et son exploration a été compliquée par le fait qu'elle s'étend sur

plusieurs thèmes différents et généralement peu définis. Malgré tout, il a été possible d'identifier un certain nombre de grands « déterminants » de la collaboration, qui seront présentés sous la forme de trois catégories de facteurs, les facteurs micro-, méso- et macrosystémiques, suivant une découpe préconisée par D'amour et coll. (2004) et partiellement inspirée du modèle écologique de Bronfenbrenner (1979).

1) Facteurs microsystémiques

Les facteurs microsystémiques sont définis comme des variables qui dépendent des interactions et des relations interpersonnelles entre les professionnels qui composent un groupe collaboratif ou une équipe interdisciplinaire (D'amour et coll., 2004; Jones & Way, 2004). Dans le cadre des ÉIJ, ces facteurs comprennent donc tous les enjeux qui se rapportent aux relations entre les individus présents lors des rencontres de plan de services. Les déterminants microsystémiques qui reviennent le plus fréquemment dans la littérature sont la *communication* (San Martin-Rodriguez et coll., 2005; Wildridge et coll., 2005; Harker et coll., 2004; Schultz, Israel & Lantz, 2003; Lewandowski & Glenmayer, 2002; McCallin, 2001; Mattesich, Murray-Close & Monsey, 2001; Molyneux, 2001; Farrell, Schmitt & Heinemann, 2001; Domestic Violence Prevention Unit, 2000; Shofield & Amodeo, 1999; Jones, 1997; Morrison, 1996), la *confiance* (San Martin-Rodriguez et coll., 2005; Wildridge et coll., 2005; Dowling, Powell & Glendinning, 2004; Sloper, 2004; Vangen & Huxham, 2003; Olson, 2003; Mattesich, Murray-Close & Monsey, 2001; Cook, Gerrish & Clarke, 2001; Huxham & Vangen, 2000; King, 2000; Costongs & Springett, 1997; Alpert & coll., 1992), le *respect mutuel* (San Martin-Rodriguez et coll., 2005; Dowling, Powell & Glendinning, 2004; Mattesich, Murray-Close & Monsey, 2001; Reese & Sontag, 2001), la *résolution de conflits* (Scott,

2005; Darlington et coll., 2004; Schultz, Israel & Lantz, 2003; Olson, 2003), *l'établissement d'une vision et d'objectifs communs* (Schultz, Israel & Lantz, 2003; Walter & Petr, 2000; Lewandowski & Glenmayer, 2002; Mattesich, Murray-Close & Monsey, 2001; D'Amour, Sicotte & Lévy, 1999; Poulton & West, 1993), la *flexibilité* (Bronstein, 2002; Molyneux, 2001; Mattesich, Murray-Close & Monsey, 2001; Domestic Violence Prevention Unit, 2000), le *partage d'informations* (Sloper, 2004; Harker et coll., 2004; Darlington et coll., 2004; Mattesich, Murray-Close & Monsey, 2001) et la *prise de décision* (Schultz, Israel & Lantz, 2003; Borrill & coll., 2000; Mattesich, Murray-Close & Monsey, 2001; West, Borrill & Unsworth, 1998). Plusieurs autres facteurs auraient sans aucun doute pu être ajoutés à cette liste.

Bien entendu, les interactions qui se développent à l'intérieur d'une équipe dépendent en bonne partie des caractéristiques individuelles des membres qui la composent, à commencer, sans surprise, par leurs habiletés de collaboration. À ce sujet, Henkin & Dee (1998) suggèrent un ensemble d'habiletés de collaboration qui comprennent (1) l'empathie (au sens de la capacité de prendre la perspective des autres) (2) l'adaptabilité, (3) la capacité de gérer l'anxiété sociale, (4) la confiance et l'affirmation de soi (*assertiveness*), (5) les habiletés sociales et (6) les habiletés reliées aux processus de groupes (i.e. prise de décision, résolution de problèmes, gestion de conflits). Les habiletés de communication (Burd et coll., 2002; Hall & Weaver, 2001; Mariano, 1999) pourraient, ainsi que plusieurs autres, être ajoutées à cette liste. La volonté des professionnels à s'engager dans le processus collaboratif (San Martin-Rodriguez et coll., 2005; Harker et coll., 2004; Reese & Sontag, 2001) de même que leur conception ou philosophie du travail d'équipe (Freeman, Miller & Ross, 2000) sont

également identifiées comme des caractéristiques individuelles qui influencent les processus interactionnels au sein d'une équipe.

Par ailleurs, la plupart des auteurs qui ont étudié la collaboration interdisciplinaire s'entendent pour affirmer que les interactions impliquant des praticiens provenant de professions différentes sont spécialement complexes et enclines au conflit (Scott, 2005; Walsh, Brabeck & Howard, 1999). Comme il sera discuté de façon plus détaillée par la suite, les professionnels issus de disciplines différentes possèdent des paradigmes, des valeurs, des normes, des cultures et des langages qui leurs sont propres et qui sont souvent difficilement conciliables (Rogers, 2004; Martin, 2000; Walsh, Brabeck & Howard, 1999). Si la collaboration interdisciplinaire est une entreprise complexe et délicate, c'est qu'elle provoque une confrontation entre ces différences qui se trouvent à la base de l'identité professionnelle des individus impliqués, rendant la dynamique relationnelle souvent problématique (Orchard, Curran & Kabene, 2005; Rogers, 2004, Walsh, Brabeck & Howard, 1999; Hall & Weaver, 2001; Reese & Sontag, 2001; Martin, 2000; Lindeke & Block, 1998). Plusieurs auteurs considèrent la négociation des *rôles professionnels*, inévitable dans un contexte où les limites et les repères habituels se trouvent brouillés, comme un enjeu interactionnel majeur de la collaboration interdisciplinaire (Bronstein, 2003, 2002; Hall & Weaver, 2001; Reese & Sontag, 2001; Abramson & Mizrahi, 1996).

En dernier lieu, la *leadership* est reconnu comme étant un déterminant microsystemique particulièrement important dans le succès et l'efficacité d'une équipe ou d'un groupe (Dionne et coll., 2004 ; Chambers, 2003 ; Zaccaro, Rittman & Marks, 2001 ; Borrill &

coll., 2000; Rogers, 2000, Mickan & Rodger, 2000; West, Borrill & Unsworth, 1998; Hill, 1997; 2001). Un *leader* efficace, capable de gérer adéquatement le processus collaboratif et la dynamique relationnelle qui s'y développe, peut grandement contribuer à réduire les problèmes associés à la confrontation des identités et des *rôles professionnels* qui nuisent souvent aux enjeux interactionnels dans une équipe interdisciplinaire (Rogers, 2004).

En résumé...

La collaboration interorganisationnelle est influencée par des facteurs microsystémiques qui dépendent des interactions entre les professionnels impliqués dans une démarche de collaboration. Un certain nombre de « déterminants interactionnels » sont constamment reconnus dans la littérature (communication, confiance, etc.). Ces déterminants sont influencés par les caractéristiques des membres qui composent le groupe collaboratif (habiletés, volonté de s'engager, etc.) et sont compliqués par le fait que les professionnels impliqués proviennent de disciplines différentes, et donc qu'ils adhèrent à des normes, des perspectives et des cadres théoriques différents. Dans un tel contexte, la négociation des limites et des rôles professionnels prend une importance capitale. L'existence d'un *leadership* compétent, capable de faciliter la réalisation de la tâche et gérer la dynamique relationnelle au sein d'une équipe, représente un facteur de succès important qui peut contrebalancer l'effet du « choc des cultures » entraîné par la collaboration interdisciplinaire.

2) *Facteurs mésosystémiques*

Les facteurs mésosystémiques réfèrent au contexte organisationnel et au type de configuration dans lequel se déroule la collaboration interdisciplinaire (D'amour et coll.,

2004; Jones & Way, 2004). Dans le cadre des ÉIJ, ces facteurs correspondent donc aux dispositifs, agencements et ressources mis en place par les organisations et par le réseau dans le but d'encadrer la collaboration entre les établissements, mais également à certains attributs relatifs à l'approche globale des organisations face à la collaboration - qui peuvent influencer la nature de leurs interactions -, telles que leur culture et leur philosophie.

D'abord, les *conditions structurelles* encadrant le travail des professionnels constituent un déterminant important de la collaboration intra- et interorganisationnelle (San Martin-Rodriguez et coll., 2005; Dowling, Powell & Glendinning, 2004; Harker et coll., 2004; Schultz, Israel & Lantz, 2003; Amery, 2000; Domestic Violence Prevention Unit, 2000; Walsh, Brabeck & Howard, 1999; Costongs & Springett, 1997; Stobbs, 1995) et de la coordination de services (Friesen & Briggs, 1995; Mechanic & Aiken, 1987; Hage, 1986). Il a été démontré que la présence de structures formelles, telles que des ententes de coopérations entre les établissements, des entités de coordination (*coordinating bodies*) – comme les ÉIJ – et des groupes multiprofessionnels facilitent le travail interdisciplinaire (Harker et coll., 2004, Wigfall & Moss, 2001; Cigno & Gore, 1998;).

Le *support administratif* (San Martin-Rodriguez et coll., 2005; Wildridge, 2005; Sloper, 2004; Olson, 2003; Lewandowski & Glenmayer, 2002; Bronstein, 2002; McCallin, 2001; Schofield & Amedeo, 1999; Henneman et coll., 1995; Stichler, 1995) et *l'engagement de tous les niveaux organisationnels* (Darlington et coll., 2004; Hodges, Hernandez & Nesman, 2003; Mattesich, Murray-Close & Monsey, 2001; Gamm & Benson, 1998) sont également des déterminants cruciaux cités dans virtuellement toutes les études. Pour

plusieurs auteurs, la collaboration ne peut être un succès sans que les dirigeants organisationnels y adhèrent activement eux-mêmes, qu'ils en fassent la promotion constante et qu'ils créent un cadre organisationnel qui l'encourage et qui facilite le rôle des intervenants impliqués (San Martin-Rodriguez et coll., 2005; Henneman et coll., 1995; Stichler, 1995).

Les *ressources* allouées aux professionnels qui sont impliqués dans la collaboration constituent un autre déterminant majeur (San Martin-Rodriguez et coll., 2005; Wildridge, 2005; Sloper, 2004; Harker et coll., 2004; Darlington et coll., 2004; Jones & Way, 2004; Sicotte, D'amour & Moreau, 2002; Mattesich, Murray-Close & Monsey, 2001; Domestic Violence Prevention Unit, 2000). Une multitude d'auteurs identifient *l'absence de temps* (Sloper, 2004; Harker et coll., 2004; Gottfried, 2002; Bronstein, 2002; Mattesich, Murray-Close & Monsey, 2001; Walsh, Brabeck & Howard, 1999; Lindeke & Block, 1998; Warren, Houston & Luquire, 1998) de même que les *charges de cas excessives* (Harker et coll., 2004; Bronstein, 2002; 2003; Gottfried, 2002) comme des obstacles majeurs réduisant la capacité des praticiens de s'engager dans un processus collaboratif et plusieurs suggèrent en conséquence qu'une des ressources essentielles pouvant favoriser le travail en collaboration est l'existence d'une *disponibilité dégagée* spécifiquement à cet effet (Gottfried, 2002; Domestic Violence Prevention Unit, 2000; Friend & Cook, 2000). À ce sujet, il semble que l'existence d'un temps réservé soit un enjeu particulièrement crucial en ce qui concerne le rôle de planification des rencontres de collaboration. Comme l'expliquent Walsh, Brabeck & Howard (1999), « *coordinating a meeting among diverse professionals such as teachers, school*

counsellors, physicians/nurses, social service workers, lawyers, family members, etc. generally requires a substantial commitment of time and effort.” (p. 195).

Toujours au niveau des ressources, l'existence de *moyens financiers adéquats* pour soutenir la collaboration est considéré par plusieurs comme un déterminant de la collaboration (Dowling, Powell & Glendinning, 2004; Harker et coll., 2004; Lewandowski & Glenmayer, 2002; Mattesich, Murray-Close & Monsey, 2001; Walsh, Brabeck & Howard, 1999). De fait, l'absence de budgets appropriés peut considérablement nuire à une entreprise de collaboration interorganisationnelle en encourageant les établissements concernés à soustraire leur implication afin de préserver leurs propres ressources (Harker et coll., 2004; Darlington et coll., 2004; Webb & Vulliamy, 2001).

Dans un autre ordre d'idées, plusieurs études ont prouvé que l'attitude des organisations face à la collaboration, qui se définit entre autres par leur culture (Muffi, 2004; Bronstein, 2002; Morrison, 2000; Alexander, 1995), leur philosophie (San Martin-Rodriguez et coll., 2005; Henneman et coll., 1995) et leurs priorités (Harker et coll., 2004; Domestic Violence Prevention Unit, 2000), détermine en bonne partie la nature de leurs rapports avec d'autres organisations. Sans surprise, il ressort que la culture et la philosophie organisationnelles des partenaires impliqués dans une entreprise collaborative doivent impérativement être ouvertes et favorables à la collaboration pour qu'elle soit un succès (San Martin-Rodriguez et coll., 2005; Alexander, 1995). Les résistances profondes de certains établissements à s'engager dans la collaboration, souvent appelées « *turf protection* », sont identifiées comme un obstacle majeur à la

collaboration dans plusieurs études (Hodges, Hernandez & Nesman, 2003; Gottfried, 2002; Bardach, 1996).

Enfin, à un niveau plus interorganisationnel mais néanmoins mésosystémique, *l'hétérogénéité des structures et des politiques organisationnelles* à l'intérieur d'un réseau peut susciter des problèmes logistiques et ainsi nuire aux relations entre les établissements (Wildridge, 2005; Gottfried, 2002; Huxham & Vangen, 2000). Gottfried (2002) identifie les divergences au niveau de la réglementation, des juridictions, des critères d'éligibilité ainsi que des politiques sur la confidentialité et le partage d'informations comme des enjeux pouvant à l'occasion compliquer la collaboration interorganisationnelle.

En résumé...

Les facteurs mésosystémiques sont associés au contexte organisationnel et au type de configuration encadrant la collaboration interdisciplinaire et la littérature montre que ces facteurs sont cruciaux. Les conditions structurelles, le support administratif, l'engagement organisationnel, les ressources allouées à la collaboration ainsi que la culture et la philosophie des organisations impliquées représentent les déterminants le plus fréquemment relevés. Globalement, les auteurs insistent sur le fait que la collaboration ne peut reposer uniquement sur la bonne volonté des praticiens, mais qu'elle doit plutôt compter sur un engagement concret à tous les niveaux d'une organisation (gestionnaires, directeurs de programmes, etc.). L'incompatibilité des structures et des politiques organisationnelles dans un réseau constitue également un

facteur mésosystémique important qui a parfois des conséquences nocives sur le travail de collaboration entre les établissements.

3) Facteurs macrosystémiques

Les facteurs macrosystémiques sont définis comme les facteurs qui caractérisent les systèmes plus larges dans lesquels les organisations évoluent, comme par exemple les systèmes sociaux, culturels, économiques et politiques (D'amour et coll., 2004; Jones & Way, 2004). Les deux principaux enjeux rapportés dans la littérature, les systèmes *professionnels* et *éducationnels*, seront traités ici.

➤ Le système des professions

Selon plusieurs auteurs, le modèle des professions qui caractérise l'organisation du travail actuelle a une influence importante sur le développement des pratiques collaboratives puisqu'il fait la promotion d'une philosophie qui va à l'encontre de la collaboration (San Martin-Rodriguez et coll., 2005; D'amour et coll., 2004; Jones & Way, 2004; D'amour, Sicotte & Lévy, 1999). Selon l'influente théorie de Abbott (1988), les professions sont conçues comme étant en quête constante d'autonomie et de contrôle en vue d'assurer la protection de leur territoire et de leur juridiction. Au lieu de s'ouvrir à la collaboration, leurs réflexes de survie les mènent directement à se replier sur elles-mêmes et à tenter de maintenir le plus possible les frontières qui les séparent les unes des autres.

Au niveau individuel, le système des professions engendre des professionnels qui, à son image, recherchent le confort de l'indépendance, en leur inculquant des valeurs d'autonomie et d'individualisme qui s'opposent aux valeurs de collégialité et de

collaboration (Gottfried, 2002; Friend & Cook, 2000; Walsh, Brabeck & Howard, 1999). Les praticiens, qui détiennent tous leurs “modèles d’expert” particuliers et le plus souvent mutuellement exclusifs, en viennent à croire qu’ils peuvent résoudre n’importe quel problème de façon autonome, sans la contribution de professionnels provenant d’autres disciplines, un phénomène que Walsh, Brabeck & Howard (1999) nomme « la montée du professionnalisme » (*The rise of professionalism*).

Le système des professions influence également la collaboration par la *différentiation disciplinaire* aigue qui le caractérise (D’amour et coll., 2005; Walsh, Brabeck & Howard, 1999; Reitan, 1998). Les individus sont intégrés au sein de leur profession par un « processus de socialisation de rôle » (*process of role socialization*; Clark, 1995, 1997) à travers lequel ils acquièrent des connaissances, des valeurs, des philosophies et des perspectives théoriques qui sont spécifiques à cette profession et qui forment la base de leur identité professionnelle (Bronstein, 2002; McCallin, 2001; Clark, 1995, 1997; Abramson, 1990). Comme il en a été question précédemment, la collaboration interdisciplinaire provoque indubitablement une confrontation entre ces différences de conceptions et d’identité des praticiens, ce qui la rend particulièrement complexe (Orchard, Curran & Kabene, 2005; San Martin-Rodriguez & coll., 2005; Rogers, 2004, Walsh, Brabeck & Howard, 1999; Hall & Weaver, 2001; Reese & Sontag, 2001; Martin, 2000; Lindeke & Block, 1998). Le modèle des professions explique donc en bonne partie pourquoi les *déterminants interactionnels* décrits précédemment sont souvent problématiques et conflictuels lors de rencontres qui regroupent des individus issus d’organisations et de disciplines différentes.

➤ **Le système de l'éducation**

Le système de l'éducation est également un déterminant majeur des pratiques collaboratives interprofessionnelles. Complémentaire au système des professions, il aide à préparer les futurs spécialistes en leur inculquant des pratiques et des mentalités qui les suivront tout au long de leur vie professionnelle. À l'heure actuelle, les étudiants qui aspirent à rejoindre les rangs d'une profession sont éduqués à l'intérieur des limites strictes de cette profession, généralement avec d'autres étudiants ayant les mêmes visées qu'eux, et ils sont peu initiés aux pratiques et aux perspectives des professionnels évoluant dans d'autres disciplines (Sicotte, D'amour & Moreau, 2002). Ce type d'éducation est considéré par plusieurs comme un obstacle majeur à la collaboration interdisciplinaire (San Martin-Rodriguez et coll., 2005; D'Amour et coll., 2005; Jones & Way, 2004; Walsh, Brabeck & Howard, 1999). Certains auteurs suggèrent en conséquence que le développement de curricula professionnels plus interdisciplinaires, qui feraient la promotion de la diversité professionnelle et qui initieraient les étudiants au partage et à l'intégration des pratiques et des connaissances, pourraient représenter une avenue intéressante afin de favoriser la collaboration interprofessionnelle dans le futur (Jones & Way, 2004; Sloper, 2004; Sicotte, D'amour & Moreau, 2002; Hall & Weaver, 2001; MacIntosh & McCormack., 2001; Lindeke et al., 1998; Miller, 1997; Satin, 1994)

En résumé...

Les systèmes des professions et de l'éducation sont des déterminants importants dans le développement des pratiques collaboratives. La littérature soutient que ces systèmes *socialisent* actuellement les professionnels d'une façon qui les encourage à rechercher

l'autonomie et à préserver les limites de leur rôle professionnel plutôt qu'à s'engager dans la collaboration interdisciplinaire.

C. Conclusion

La littérature sur la coordination de cas interprofessionnelle et celle sur la collaboration interdisciplinaire soulignent que le succès d'une entreprise de collaboration est déterminé par une multitude de facteurs s'étalant sur plusieurs niveaux d'analyse. Il est clair dans les deux cas que les pratiques collaboratives dépendent autant de variables liées aux organisations que de variables liées aux professionnels impliqués et que les enjeux ayant trait aux *relations* entre les professionnels et les organisations revêtent une importance capitale. La littérature reconnaît que la collaboration est une activité complexe, alambiquée par l'organisation du travail, les structures, les pratiques et les mentalités actuelles, et qui requiert en conséquence des moyens et un engagement intensifs pour s'accomplir.

Bien que non spécifique à la question des plans de services, ce survol fournit tout de même une base intéressante à partir de laquelle les enjeux relatifs à la réalisation des PSI peuvent être conçus et analysés. Il est cependant à noter que *ce cadre théorique n'a pas conduit à l'élaboration d'un modèle analytique, ciblant des dimensions prédéterminées, destiné à orienter l'étude des ÉIJ*. Comme il sera expliqué dans la section portant sur la méthode d'analyse, les informations tirées de la littérature ont plutôt servi à enrichir et approfondir les thèmes qui ont émergé spontanément au cours de la démarche analytique.

IV. MÉTHODOLOGIE

Les données utilisées dans ce mémoire ont été obtenues par l'entremise des dispositifs de cueillette de données déjà mis en place pour l'évaluation globale du Projet ÉIJ (Dagenais, Larivière et coll., en préparation). Deux sources d'information ont été utilisées : des formulaires en ligne, recueillis électroniquement pour chacune des situations référées aux ÉIJ, et surtout, des entrevues semi-structurées réalisées auprès des participants qui ont été directement impliqués dans le projet. Ces entrevues ont été conduites suivant deux protocoles, adaptés à deux modalités de collecte de données distinctes, soit *l'étude approfondie de 4 régions*, examinant l'implantation et le fonctionnement global des ÉIJ dans quatre régions, et *l'analyse de 29 études de cas*, investiguant en profondeur des situations réelles traitées par les différentes équipes. En tout et partout, 169 entrevues ont été réalisées dans un total de treize régions.

L'ensemble des entretiens a été conduit entre les mois de janvier et juin 2005 par les différents membres de l'équipe d'évaluation du Projet ÉIJ, incluant l'auteur de ce mémoire. Les questionnaires d'entrevues ont été élaborés par l'équipe d'évaluation et ont été testés auprès de coordonnateurs et d'agents de liaison avant d'être utilisés. L'équipe a également pris les mesures nécessaires afin de s'assurer que les grilles soient appliquées de façon homogène par les différents intervieweurs. Il est important de préciser que les entretiens ont quelque peu évolué au cours de la collecte de données : des questions ont été ajustées en cours de route, certains thèmes ont été fouillés plus en profondeur que d'autres, et des items ont parfois été ajoutés dans le but de tester des hypothèses ayant émergé durant la première phase de l'analyse, laquelle s'est déroulée

pendant les derniers mois de la collecte de données. Toutes les entrevues ont été enregistrées sur bande magnétique (après que l'intervieweur eût obtenu le consentement écrit du ou des participant(s) rencontré(s)) et retranscrites intégralement, avant d'être introduites dans le logiciel d'analyse *NVivo*, à partir duquel le matériel a pu être codifié et analysé.

Les entrevues ont été réalisées auprès de plusieurs types de participants et la méthodologie a pris soin de combiner entretiens individuels et entretiens de groupe (*focus groups*). Ce recours à la triangulation (Patton, 1990) visait à obtenir une plus grande richesse et une meilleure représentativité du matériel recueilli par la convergence de différentes méthodes et de multiples perspectives ainsi qu'à compenser pour les lacunes et les faiblesses inhérentes à chaque méthode par l'utilisation de plusieurs méthodes complémentaires (Campbell & Fiske, 1959; Cook, 1985).

La section qui suit décrit de façon plus détaillée les dispositifs de cueillette de données qui ont permis d'amasser le matériel quantitatif et surtout qualitatif sur lequel repose l'analyse présentée dans ce mémoire. Tous ces dispositifs sont résumés dans le tableau 1 inséré à la fin de ce chapitre.

(1) Formulaire en ligne

Les formulaires en ligne sont des fiches électroniques remplies périodiquement, depuis les tout débuts du Projet ÉIJ, par les coordonnateurs. Ils permettent d'archiver une brève description de chaque situation référée à une équipe. Ils contiennent des informations de

toutes sortes (identité des partenaires impliqués, nature de la problématique de l'enfant, etc.), dont une courte section permettant de déterminer si un PSI a été réalisé ou non pour chaque situation compilée et, dans le cas d'une omission, d'en énoncer brièvement les raisons. Les formulaires en ligne ont permis le développement d'une vision d'ensemble de l'état des pratiques PSI dans les différentes équipes et se sont avérés très utiles pour souligner certaines grandes tendances (par exemple, l'évolution des taux de PSI à travers le temps). La totalité des données quantitatives présentées dans ce mémoire en est issue.

(2) Examen approfondi de 4 régions

Un premier type d'entretien a été conduit afin d'examiner en profondeur l'implantation et le fonctionnement global des ÉIJ dans quatre régions. Ces régions ont été ciblées en fonction d'un échantillonnage de type réfléchi ou intentionnel à variation maximale (*Maximum Variation Purposeful sampling*, Patton, 1990), visant à « *capturing and describing the central themes or principal outcomes that cut across a great deal of participant or program variation* » (p.172)¹. Elles ont donc été sélectionnées spécifiquement dans le but d'obtenir un maximum de variation à partir d'un nombre de cas restreint, mais examinés en profondeur. Ce type d'échantillonnage permet d'obtenir deux types de résultats fort intéressants: d'abord, une description détaillée et de haute qualité de chacun des cas examinés et, deuxièmement, la découverte de « *patterns* »

¹ La recherche de la variation dans la sélection des régions à étudier s'est faite en fonction de certaines caractéristiques démographiques différenciant les régions (e.g. urbain v. rural), de connaissances acquises lors de la première année du projet permettant de mieux cibler les équipes particulièrement riches en information et de critères d'ordre pratique et politique, puisque les régions ont été désignées en concertation avec le comité de liaison du projet.

communs hautement significatifs, puisqu'ils émergent de situations hétérogènes (Patton, 1990).

Dans chacune des régions étudiées, des entrevues ont été administrées à quatre types de participants, soit (1) le coordonnateur ÉIJ, (2) son supérieur immédiat², (3) les agents de liaison (AgL) et (4) le répondant Jeunesse de l'Agence Régionale responsable de soutenir l'équipe. Une entrevue de groupe (focus group) rassemblant tous les membres stables de chaque équipe échantillonnée (coordonnateur et agents de liaison) a également été effectuée. Les entretiens ont été réalisés lors de visites s'échelonnant sur une période de 2 à 4 jours dans les régions concernées, planifiées avec l'aide du coordonnateur. Ils comportaient des questions d'ordre général, visant une compréhension d'ensemble de la dynamique des équipes, et contenaient une section réservée spécifiquement à la problématique des plans de services.

Le matériel obtenu par l'entremise de *l'étude approfondie des quatre régions* a permis d'analyser la perception des participants concernant les enjeux globaux reliés au plan de services en fonction de ce qu'ils ont retenu de leur expérience personnelle et de ce qu'ils ont pu observer des pratiques à l'intérieur des ÉIJ, dans leur établissement d'origine et dans l'ensemble du réseau.

² Le coordonnateur ÉIJ relève administrativement du CLSC de sa région et se trouve donc sous la gestion d'un cadre supérieur à l'intérieur de ce CLSC.

(3) Études de cas

Un deuxième type d'entretien semi-structuré a été conduit dans le cadre de 29 études de cas ciblant des situations spécifiques traitées par les ÉIJ. Ces situations ont été sélectionnées par échantillonnage réfléchi stratifié (*Purposeful stratified sampling*, Patton, 1990), en fonction d'une multitude de critères (ex : identité des partenaires impliqués, âge du jeune, etc.) permettant d'exprimer la diversité des situations traitées. De plus, une fois que la liste des critères a été établie, les situations ont été prélevées au hasard à l'aide d'une table de nombres aléatoire. Le recours à cette méthode d'échantillonnage, qui combine à la fois techniques quantitatives et qualitatives, a permis de cibler les situations à examiner sur la base de critères ayant une pertinence théorique tout en assurant une protection face aux biais du chercheur, étant donné qu'elles sont ultimement désignées aléatoirement. Une fois l'échantillon constitué, les numéros des situations retenues ont été transmis aux coordonnateurs afin que ceux-ci puissent planifier les entretiens individuels avec les personnes concernées. Les situations ciblées proviennent d'un total de treize équipes.

Il est nécessaire ici de préciser qu'il a été impossible, en raison de certaines contraintes pratiques, de construire un échantillon reflétant l'ensemble des critères prévus à l'origine. Seuls les critères de l'âge du jeune, de l'établissement référent et du PSI ont pu ultimement être considérés. Ainsi, la moitié (50%) des situations examinées ont été choisies au départ spécifiquement à cause de l'absence d'un plan de services, ceci afin d'étudier les motifs pouvant expliquer qu'une situation soit traitée sans son recours. Toutefois, ce critère n'a pu être maintenu puisque, comme nous l'avons constaté par la

suite, dans la plupart des situations, *le PSI n'avait tout simplement pas encore été réalisé au moment où celles-ci ont été sélectionnées*. Conséquemment, sur les 29 études de cas finalement réalisées, une seule ne contenait pas de PSI au moment où l'entrevue a eu lieu. Cette limite méthodologique a eu des répercussions importantes sur l'orientation et les résultats de cette analyse, qui seront abordées de façon plus approfondie lors de la discussion.

Les entretiens menés dans le cadre des études de cas ont été réalisés auprès de 4 types de participants : (1) le coordonnateur ÉIJ, (2) l'agent de liaison qui a référé la situation à l'équipe, (3) l'intervenant-pivot (i.e. intervenant le plus impliqué auprès de la famille, qui sert habituellement de relais entre la famille et les différents services) et (4) la famille elle-même. Ces entrevues visaient avant tout à retracer, à travers la perspective des différents participants, l'évolution de la démarche d'intervention des ÉIJ dans le contexte de situations réelles, en commençant par une description de la situation avant la référence à l'ÉIJ et des motifs qui ont entraîné cette référence jusqu'à la mise en œuvre et au suivi des interventions. Comme dans le cas des entretiens conduits pour les études approfondies, ces entrevues comportaient des questions concernant spécifiquement l'élaboration d'un PSI.

Le contenu des études de cas a procuré des informations complémentaires au matériel plus général obtenu par l'étude approfondie des quatre régions sur le processus d'élaboration des PSI. Ces informations ont permis d'envisager la réalisation des PSI sous divers angles, à l'intérieur de contextes différents et de tenir compte de l'aspect temporel de la démarche. Les études de cas ont également été particulièrement

enrichissantes puisqu'elles ont permis de contraster les variables facilitant et nuisant à la démarche du plan de services « avant » et « après » l'intervention des ÉIJ dans le cadre d'une même situation examinée, ce qui a grandement favorisé notre compréhension de l'apport des ÉIJ à la réalisation des PSI.

Considérations éthiques

Tous les participants rencontrés en entrevue ont signé un formulaire de consentement (Annexe I et II) confirmant leur accord à ce que leur contribution soit enregistrée sur bande magnétique et analysée par l'équipe d'évaluation. Le formulaire les informait sur les grandes lignes de la démarche de recherche, sur la nature des informations recherchées lors de l'entrevue ainsi que sur les politiques d'éthique de l'équipe d'évaluation. Tous les documents (écrits, audio, etc.) contenant des informations recueillies auprès des participants ont été gardés sous clé. Une politique de confidentialité rigoureuse a été appliquée : en aucun cas les noms des personnes rencontrées, leur région de provenance ou toute autre information permettant de retracer leur identité n'ont été mentionnés dans un document rendu public. L'évaluation des ÉIJ a fait l'objet d'une approbation déontologique accordée au nom de Claude Larivière, chercheur principal de l'équipe d'évaluation des ÉIJ, par l'Université de Montréal.

Tableau 1

Résumé des dispositifs de collecte de données mis en place pour l'évaluation des ÉIJ

	Données Quantitatives	Données Qualitatives		
<i>Sources des données</i>	Formulaires en ligne	Formulaires en ligne	Étude approfondie de quatre régions	Études de cas (29)
<i>Nature du dispositif</i>	Fiches informatiques accessibles sur un site web protégé	Fiches informatiques accessibles sur un site web protégé	Entretiens semi-structurés	Entretiens semi-structurés
<i>Méthode d'échantillonnage</i>			Échantillonnage réfléchi ou intentionnel à variation maximale	Échantillonnage réfléchi stratifié
<i>Nombre de régions touchées</i>	Toutes	Toutes	Quatre (4)	Treize (13)
<i>Participants</i>	Les coordonnateurs ÉIJ	Les coordonnateurs ÉIJ	1 le coordonnateur ÉIJ, 2 son supérieur immédiat, 3 les agents de liaison 4 le répondant jeunesse de l'Agence Régionale	1 le coordonnateur ÉIJ, 2 l'agent de liaison référent 3 l'intervenant-pivot 4. la famille
<i>Nature des informations recueillies</i>	Données chiffrées couvrant l'ensemble des situations traitées par les équipes	Commentaires sur les cas traités, notamment pour justifier l'absence d'un PSI dans une situation donnée	Commentaires des participants concernant l'implantation et le fonctionnement des ÉIJ et leur perception des enjeux liés au plan de services	Commentaire des participants permettant de documenter l'évolution de situations traitées par les ÉIJ

V. MÉTHODE D'ANALYSE

La méthode d'analyse utilisée dans ce mémoire est fortement inspirée de l'approche de la théorisation ancrée (*Grounded Theory*) originalement élaborée par Glaser & Strauss (1967). Selon Strauss & Corbin (1990), cette approche se définit comme « [...] a qualitative research method that uses a systematic set of procedures to develop an inductively derived grounded theory about a phenomenon » (p.24). Contrairement à d'autres approches qualitatives, comme par exemple l'ethnographie ou l'étude de cas, qui préconisent d'abord la description exhaustive d'un phénomène social, la théorisation ancrée vise principalement l'élaboration d'une théorie explicative à propos d'une réalité empirique. Cette méthode s'est avérée un choix avantageux pour guider l'analyse puisque la finalité visée n'était pas de décrire en détail de quelle façon les ÉIJ réalisent des PSI, mais plutôt de tenter de *comprendre* les causes et d'*identifier* des conditions permettant d'expliquer leur succès.

La théorisation ancrée est une approche de type inductif, orientée vers la découverte (*discovery-oriented*, Guba & Lincoln, 1981). Comme l'explique Laperrière (1997), la méthode « récuse toute construction a priori de concepts ou d'hypothèses de recherche sur le phénomène social à l'étude, les concepts et les hypothèses étant construites et vérifiées au fur et à mesure de la progression de la recherche sur le terrain » (p. 311). S'inspirant d'approches constructivistes, la théorisation ancrée accorde une importance particulière à la façon selon laquelle les acteurs impliqués dans le phénomène à l'étude interprètent et définissent leur univers social et leurs perspectives se trouvent à la base des thèmes et concepts qui émergent lors de l'analyse. Ceci dit, le rôle du chercheur

n'est pas seulement de rapporter directement la « construction » des participants; celui-ci doit également analyser en profondeur leurs pensées afin d'en inférer la dynamique sous-jacente et de l'intégrer dans un tout cohérent qui tient compte du contexte plus large (micro et macrosocial) dans lequel ils évoluent (Laperrière, 1997).

L'approche de la théorisation ancrée se distingue d'autres types d'approches dites « interprétatives » par la méthodologie systématique et rigoureuse qui la caractérise, et qui en fait, selon certains, une approche plus conforme aux standards stricts de la recherche scientifique (Strauss & Corbin, 1990). La prochaine section décrit les principales étapes et règles de cette méthodologie, en précisant comment elles se sont articulées concrètement dans le cadre de la démarche analytique employée dans ce mémoire.

Déroulement de la recherche

Définition de l'objet de recherche

La première étape de la théorisation ancrée, comme dans la plupart des méthodes scientifiques, est de définir l'*objet de la recherche* (Strauss & Corbin, 1990). Selon ses préceptes, cet objet de recherche doit être abordé sous l'angle d'un processus, d'un phénomène (Laperrière, 1997). Comme la démarche analytique de la théorie ancrée est axée avant tout sur la découverte de tout thème pertinent à la théorie en construction, le sujet ciblé doit préférablement demeurer assez large afin de ne pas clôturer les multiples informations possibles pouvant expliquer le phénomène à l'étude. Ainsi, dans le cas de ce mémoire, l'objet de recherche est défini, de façon ouverte, comme s'appliquant à:

« tout facteur permettant d'expliquer pourquoi et comment (par quels processus) les ÉIJ facilitent la réalisation des plans de services individualisés ».

Échantillonnage

À la suite de l'identification du sujet d'investigation vient l'étape de l'échantillonnage (*sampling*) (Laperrière, 1997). La théorie ancrée prévoit normalement que la sélection des échantillons doit s'effectuer en fonction de leur *pertinence théorique* par rapport au sujet à l'étude et aux thèmes dégagés en cours d'analyse (Strauss & Corbin, 1990; Laperrière, 1997). Évidemment, en ce qui concerne ce mémoire, les échantillons utilisés sont ceux qui ont été préparés pour l'évaluation globale des ÉIJ; il a été impossible de les sélectionner, de les modifier ou de les adapter aux besoins spécifiques de cette étude. Néanmoins, les échantillons se sont avérés tout à fait pertinents, d'un point de vue théorique, pour stimuler l'analyse de la problématique investiguée. Les participants rencontrés étaient tous de près ou de loin concernés par l'utilisation des plans de services et la plupart ont participé directement à une démarche initiée et dirigée par une ÉIJ. De plus, les échantillons ont été particulièrement intéressants puisqu'ils ont permis de rejoindre des catégories de participants très diversifiées (intervenants, gestionnaires, directeurs régionaux, etc.), ce qui a favorisé le processus de comparaison constante dont il sera question plus loin.

Sur la procédure de codification

La procédure de codification se situe au coeur de la démarche analytique en théorisation ancrée et peut se définir comme « [...] the operation by which data are broken down, conceptualized, and put back together in new ways » (Strauss & Corbin, 1990, p. 57). La méthode décrit une procédure de codification élaborée et complexe, se déroulant

normalement en trois étapes consécutives, c'est-à-dire la codification ouverte, la codification axiale et la codification sélective. Ces trois étapes permettent l'intégration progressive du matériel qualitatif recueilli en une théorie globale et cohérente à travers un processus croissant de mise en relation des différents thèmes formulés lors de l'analyse. Durant la première phase, la codification ouverte, les données sont parcourues de façon exhaustive et divisées en une grande variété de catégories et de concepts émergents. Ces catégories sont ensuite systématiquement mises en relation les unes avec les autres, durant la phase de codification axiale, afin d'en étayer les propriétés, les liens et les contrastes. Finalement, la dernière phase, appelée codification sélective, permet d'intégrer les différentes catégories sous un même thème central, défini par une ligne narrative synthétisant le phénomène étudié en quelques phrases.

Bien que le mécanisme de codification à trois volets soit recommandé, Strauss & Corbin (1990) précisent bien qu'il n'est pas essentiel de se rendre au terme des trois étapes exposées et que le modèle suggéré peut être adapté en fonction des besoins et/ou limites spécifiques de chaque analyse. Dans ce mémoire, la codification a été effectuée selon une formule ajustée, intégrant des éléments des deux premières phases de la démarche décrite dans la théorie originale de Glaser & Strauss (1967). Cette adaptation de la procédure a été rendue nécessaire, entre autres, par certaines considérations méthodologiques (notamment le fait que l'échantillonnage n'a pas pu être modifié, et que les grilles d'entrevues ont seulement pu être légèrement remaniées en cours d'analyse, alors qu'elles devraient, selon la théorie, être continuellement adaptées aux étapes de codification) ainsi que pour des motifs liés à la nature et à la présentation des résultats recherchés. Une présentation ouverte par facteurs est apparue comme plus

pertinente qu'une présentation suivant une ligne narrative serrée, dans laquelle toutes les variables sont organisées dans un tout compact, ce que vise la dernière étape de codification décrite dans la théorie. Néanmoins, la démarche de codification utilisée a suivi les grands préceptes mis de l'avant par Strauss & Corbin (1990). Les paragraphes qui suivent présentent une description de la démarche qui a été privilégiée lors de l'analyse dans sa version modifiée.

Durant la première phase de l'analyse, le matériel recueilli lors des entrevues a été codifié de façon *ouverte*, c'est-à-dire que toutes les informations reliées à la réalisation des plans de services ont été systématiquement codifiées à l'intérieur de *catégories conceptuelles émergentes*. Ces catégories conceptuelles regroupaient des commentaires, des faits ou « incidents » caractérisés par les mêmes enjeux sous-jacents. L'étiquette des catégories a été choisie afin de représenter le plus adéquatement possible leur contenu : lorsque cela était possible, les mots employés par les participants ont été utilisés (comme par exemple, dans la catégorie « *neutralité du coordonnateur* »¹), à d'autres moments, certaines étiquettes plus théoriques ont été apposées, sans que les participants ne les mentionnent directement. Par exemple, dans la catégorie « *adhésion au plan de services* », le terme « adhésion » réfère à un concept formulé par le chercheur afin d'exprimer un état d'esprit, une attitude se dégageant du discours des participants, sans que ceux-ci en aient nécessairement parlé ouvertement.

¹ Strauss & Corbin (1990) nomment « codes *in vivo* » les titres de catégories tirés directement du discours des participants.

Au tout début du processus de codification, la création des catégories n'était contrainte d'aucune façon : tout ce qui émergeait était codifié dans des catégories multiples, aussi variées que nécessaire, les extraits pouvant être codifiés dans plusieurs catégories à la fois. Au fur et à mesure que l'analyse a progressé et que les catégories se sont établies, la codification est devenue plus ciblée : le nouveau matériel a été confronté et comparé au contenu des catégories conceptuelles déjà existantes, entraînant leur remaniement ou leur raffinement dans certains cas, ou encore, la création de nouvelles catégories dans d'autres. Les catégories sont donc graduellement devenues plus sophistiquées et plus riches et ont gagné un pouvoir explicatif plus grand (dimensions, propriétés, etc.). Par exemple, le thème « *apport des cadres (agents de liaison)* », qui n'exprimait au commencement que l'opinion vague des participants à l'effet que la présence des gestionnaires facilite la démarche du plan de services, s'est clarifié au fil du temps et a permis de cerner plus exactement *de quelle façon ces derniers exercent cette facilitation* (i.e. notamment en débloquent des ressources exceptionnelles et en facilitant la mobilisation des intervenants) et *en quelle circonstance particulière leur apport semble être le plus important* (i.e. en situations bloquées par des obstacles administratifs). Ce processus d'intégration du nouveau matériel, par comparaison constante, à l'intérieur des catégories existantes s'est poursuivi jusqu'à ce qu'aucune nouvelle information ne vienne les modifier ou les réaménager, ou autrement dit, jusqu'à l'atteinte de la saturation théorique (Laperrière, 1997).

Une fois que les catégories ont eût atteint une forme assez définitive, elles ont été mises en relation et confrontées les unes avec les autres. Ce processus a été facilité par le logiciel informatique utilisé (NVivo), qui possède une interface flexible permettant de

constamment réorganiser schématiquement l'arborescence de codification. Cette étape a permis de regrouper des concepts, de les hiérarchiser et de les enrichir, conférant ainsi toute la profondeur et la texture aux facteurs prédominants qui ont ultimement émergé de l'analyse. Cependant, les variables retenues n'ont pas été « forcées » dans une théorie intégrative et unificatrice qui aurait été difficilement défendable d'un point de vue scientifique vu la nature du matériel recueilli.

Sur la méthode de comparaison constante

La méthode de comparaison constante (*constant comparative method*) décrite dans le modèle de la théorie ancrée a été le principal instrument utilisé dans l'analyse présentée dans ce mémoire. Brièvement, la méthode consiste à faire « ressortir tour à tour les similitudes et les contrastes entre les données, dans le but de cerner leurs caractéristiques, leurs relations et les déterminants de leur variation. » (Laperrière, 1997, p.317). Comme il vient tout juste d'être décrit, cette procédure a d'abord guidé le processus de codification du matériel dans les catégories conceptuelles, alors que les données analysées ont continuellement été comparées au contenu des catégories déjà construites afin d'en enrichir le contenu et d'en faire ressortir les propriétés et les limites.

La méthode a également incité la recherche constante de contrastes entre les données, souvent par la recherche de situations analogues mais différentes (Strauss & Corbin, 1990). Dans ce mémoire, cette quête du contraste a notamment pris la forme d'une mise en relation constante des commentaires recueillis en lien avec les obstacles à la réalisation des plans de services avec ceux se rapportant aux facteurs de succès. Par

exemple, la catégorie « apport des coordonnateurs ÉIJ » (*situation analysée*), qui comprend une foule d'informations relatives au rôle positif joué par ceux-ci dans la démarche PSI, a été grandement enrichie par sa catégorie homologue et contraire appelée « défi pour les intervenants d'initier et de coordonner la démarche PSI sans l'ÉIJ » (*situation analogue mais différente*), laquelle contenait des parcelles de discours mettant en lumière les problèmes de coordination vécus par les intervenants lorsque la démarche n'est pas menée par un coordonnateur extérieur. L'analyse a également été particulièrement inspirée par le contenu des études de cas qui a permis de contraster systématiquement les enjeux en lien avec les pratiques du plan de services *avant et pendant* l'intervention des ÉIJ dans une même situation.

En somme, la méthode de comparaison constante a permis de faire progresser activement l'analyse et de faire surgir de nombreuses hypothèses de toutes sortes par rapport aux données et aux catégories formées. Ces hypothèses ont ensuite été méthodiquement confrontées et comparées au matériel existant et ont été (autant que possible) intégrées aux entrevues pour être soumises à la validation directe des participants.

Sur la réflexion théorique

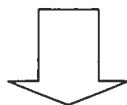
Les processus de codification et de comparaison constante ont été accompagnés d'une réflexion théorique permanente, qui a été capturée au jour le jour sous forme de mémos, de conceptions schématiques et de notes personnelles, comme le suggère la théorie (Strauss & Corbin, 1990). Cette démarche a été facilitée par le logiciel d'analyse utilisé qui comprenait des dispositifs facilitant l'archivage d'observations théoriques.

Notamment, ce dernier permettait l'apposition de notes internes *directement* à l'intérieur des entrevues transcrites, permettant ainsi de revisiter des pensées émergentes à chaque re-lecture d'un entretien donné et, surtout, de relier ces pensées directement aux mots des participants qui les ont inspirées à l'origine. Ce procédé a sans aucun doute permis d'assurer un meilleur ancrage de la conception analytique dans ses racines empiriques.

Exemple d'une note interne :

- Extrait d'entrevue :

« Il y avait des liens. Il y a un lien entre l'école et l'établissement, mais ce n'est pas un lien facile. L'ÉIJ a permis d'asseoir énormément de personnes autour de la table et ça a permis à l'école aussi de voir un peu quels étaient nos rôles respectifs et comment on pouvait s'aider là-dedans. On avait des liens, l'intervenant avait des liens avec la direction de l'école, mais c'était un lien d'autorité versus quelqu'un qui vient aider. Ce n'est pas un lien facile, ça. Tandis que le fait de s'asseoir ici, ça a mis tout le monde un peu au même niveau. »



- Note interne associée:

(FB) Ceci est fondamental. L'ÉIJ détient le pouvoir de mobiliser tout le monde en même temps, mais aussi d'aplanir (peut-être à cause de son statut et de son extériorité) les liens entre les établissements, de mettre tout le monde au même niveau. Ça me paraît crucial... Imaginons un pédopsychiatre qui se fait appeler par un intervenant pour coordonner un PSI, est-ce réaliste??²

Un document, intitulé « *notes to self* », a également été constitué dans le but d'amalgamer toutes sortes d'idées, de suggestions, d'hypothèses et de décisions analytiques au fur et à mesure que celles-ci ont émergé. Ce dossier a constitué une sorte d'encyclopédie dans laquelle l'évolution du processus analytique a été continuellement enregistrée.

² On peut aussi remarquer dans cette annotation l'usage de la méthode comparative : dans la dernière phrase, une situation inverse et extrême est imaginée pour stimuler la réflexion analytique. Il s'agit d'un bon exemple de la technique « flip-flop » décrite par Strauss & Corbin (1990)

Extrait de « *notes to self* » :

22 avril 2005 :

Hypothèse : « Il y a deux choses à changer pour que les PSI soient réalisés: la *mentalité* et la *capacité*. La première implique un changement dans les perceptions, attitudes, etc... et la deuxième implique la création de conditions favorables pour faciliter l'utilisation des PSI (ressources, support, formations, temps, etc...) »

Sur la sensibilité théorique/utilisation de la littérature

La sensibilité théorique (*theoretical sensitivity*) est un enjeu important en théorisation ancrée (un ouvrage écrit par un des cofondateurs de la méthode porte d'ailleurs ce titre (Glaser, 1978)). Le concept de sensibilité théorique réfère aux dispositions et qualités d'un chercheur lui permettant de percevoir les nuances et les faits saillants à l'intérieur d'un matériel empirique et de faire la distinction entre ce qui est pertinent conceptuellement et ce qui ne l'est pas (Strauss & Corbin, 1990). Cette sensibilité provient de plusieurs sources (par exemple, l'expérience professionnelle et personnelle du chercheur), parmi lesquelles la littérature scientifique déjà existante concernant le sujet à l'étude occupe une place importante. Comme les concepteurs de la théorisation ancrée prévoient plusieurs utilisations possibles de la littérature, il est nécessaire de décrire en quelques mots l'usage qui en a été fait lors de l'analyse.

Dans ce mémoire, la littérature n'a pas été consultée, par choix, avant le début de la démarche analytique afin de ne pas orienter l'analyse en fonction de préconceptions et de thèmes déjà existants. La littérature pertinente n'a été explorée que plus tard au cours du processus de codification, une fois les principales catégories émergées, afin d'amener une validation supplémentaire de ces catégories et de stimuler davantage la « sensibilité

théorique » de l'analyste. L'utilisation de la littérature s'est inscrite logiquement dans la démarche de comparaison constante; elle a attisé le développement d'hypothèses nouvelles qui ont été systématiquement confrontées au matériel empirique et elle a permis de contraster, de comparer la situation des ÉIJ avec des expériences similaires étudiées par d'autres chercheurs.

Conclusion

La démarche analytique utilisée lors de l'élaboration de ce mémoire s'est inspirée de la méthode de la théorisation ancrée (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 1990). D'orientation qualitative, cette méthode a permis d'analyser la problématique à l'étude à partir de la compréhension et de l'interprétation qu'en ont fait les participants directement impliqués dans le projet. Le recours à la théorie ancrée a enjoint la conduite de l'analyse selon une série d'opérations analytiques, systématiques et uniformes, qui ont permis de mieux valider les interprétations du chercheur et de mieux les enraciner dans la réalité empirique. Malgré quelques adaptations méthodologiques (surtout au niveau de l'échantillonnage et de la procédure de codification), les grands préceptes de la méthode ont dans l'ensemble été suivis. Les résultats qui ont émergé lors de l'analyse sont présentés et décrits dans la prochaine section.

Informations relatives à l'article présenté dans la prochaine section

Titre :

Relever le défi des plans de services individualisés (PSI) au Québec : Leçons tirées de l'expérience des équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ).

Auteurs :

Brière, Frédéric¹; Dagenais, Christian²; Larivière, Claude³; Dupont, Didier⁴; Dutil, Julie⁵

¹ Titulaire au grade de M.Sc. en psychologie, Université de Montréal

² Ph.D, Professeur à l'Université de Montréal, Département de psychologie

³ Ph.D, Professeur à l'Université de Montréal, École de service social

⁴ M.A., Chargé de projet, Université de Montréal

⁵ M.A.P., Coordonnatrice de projet, Université de Montréal

Soumis à :

La Revue Canadienne en Santé Mentale Communautaire, le 18 janvier 2006

Résumé :

Cet article présente les résultats d'une analyse visant à déterminer de quelle façon les Équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ), une initiative expérimentale de coordination de services implantée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec en 2003, facilitent la réalisation des plans de services individualisés (PSI). L'analyse, de type qualitatif, s'est fortement inspirée de la méthode de la théorisation ancrée (*Grounded Theory*) (Glaser & Strauss, 1967). Les données ont été recueillies à l'aide d'entrevues semi-structurées, administrés à une vaste gamme de participants directement impliqués dans l'initiative. Les résultats de l'analyse soulignent la centralité du rôle joué par le coordonnateur des ÉIJ dans la réalisation des plans de services ainsi que l'importance de la structure et des ressources procurées par les équipes.

VI. RÉSULTATS

Introduction

Le *plan de services individualisé* (PSI)¹ est un outil qui vise à assurer la coordination et la continuité des services dispensés aux bénéficiaires tout comme leur participation active à la définition de leurs besoins et des interventions qui leurs sont adressées (Office des Personnes Handicapées du Québec [OPHQ], 2003; Ministère de la Santé et des Services Sociaux [MSSS], 1993). Depuis 1991, la Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux (LSSSS) impose aux établissements sous sa juridiction de se concerter systématiquement entre eux afin d'élaborer un PSI dès que la situation d'un usager requiert, pour une période prolongée, l'intervention conjointe de plusieurs services relevant d'organisations différentes. La Loi prévoit également que les personnes concernées doivent faire partie intégrante de la démarche et que le plan de services doit être périodiquement révisé afin de maintenir un service cohérent et adapté à leur situation. Plus qu'un simple outil, le PSI représente « un état d'esprit qui traduit une volonté de donner priorité à la personne » (Despins, 1995, p. 79) et dans ce sens, son existence constitue un atout important d'une offre de services moins fragmentée et davantage centrée sur les besoins de la clientèle.

Malheureusement, malgré son utilité conceptuellement indéniable, plusieurs sources ont démontré que le plan de services est peu utilisé dans les faits. Notons en particulier les travaux du Vérificateur Général du Québec qui constatait dans son rapport de 1997-1998 (Vérificateur Général du Québec, 1998) que seulement 5 des 288 dossiers examinés en

¹ Afin d'éviter d'alourdir indûment le texte pour le lecteur, nous utiliserons principalement l'expression « plan de services » ou l'acronyme « PSI » lorsque nous référerons au plan de services individualisé.

provenance de divers Centres Jeunesse et de CLSC (c'est-à-dire moins de deux pourcents), et dont le contexte aurait dû légalement prescrire l'élaboration d'un PSI, en contenaient un au moment de la vérification. En 2003-2004, la situation ne semblait pas s'être améliorée, puisque aucun des 23 dossiers révisés en Centres Jeunesse et des 13 dossiers scrutés dans différents CLSC ne comptait le plan souhaité (Vérificateur Général du Québec, 2004). Un survol de l'état problématique des pratiques liées au plan de services ainsi que des enjeux qui permettent d'expliquer cet état de faits sont discutés dans un rapport publié en 2003 par l'Office des Personnes Handicapées du Québec [OPHQ] intitulé « La problématique du plan de services de la personne ».

L'objet du présent article est de décrire la contribution d'une initiative expérimentale de coordination de services implantée en 2003 par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) - les Équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ) – à la réalisation des plans de services. Brièvement, disons que ce projet pilote a commandé l'implantation, dans l'ensemble des régions administratives du Québec, d'équipes interdisciplinaires, chacune composée d'un coordonnateur et de cadres, appelés agents de liaisons (AgL), représentant chacun des établissements dispensant des services à la clientèle jeunesse sur un territoire donné (CLSC, Centres Jeunesse, écoles, Centre de Réadaptation en Déficience Physique (CRDP), Centre de Réadaptation en Déficience Intellectuelle (CRDI), hôpitaux, Centres de toxicomanie, etc.). Ces équipes ont reçu le mandat de coordonner l'offre de services dans le cadre de situations particulièrement complexes²

² La définition d'une situation complexe présentée dans les *Paramètres d'implantation des Équipes d'intervention Jeunesse* (non daté) produits par le du ministère est assez large et comprend notamment les situations dites « de zone grise » et/ou « entre deux chaises », c'est-à-dire celles qui n'entrent pas dans le cadre de la mission spécifique d'un établissement

qui leur sont référées dans lesquelles les interventions de premières lignes se retrouvent entravées par une impasse clinique et/ou administrative. Comme les situations traitées par les ÉIJ impliquent invariablement plusieurs établissements, le PSI constitue leur outil de travail privilégié et les résultats attendus des équipes incluaient d'ailleurs un objectif portant spécifiquement sur un taux de PSI à mettre en œuvre annuellement (MSSS, non daté).

Les résultats de l'évaluation des deux premières années de vie des ÉIJ (Dagenais, Larivière et coll., en préparation) montrent que, malgré des inégalités entre les régions, les équipes ont globalement atteint leur objectif par rapport à la réalisation des plans de services. Compte tenu des difficultés abordées précédemment concernant l'état des pratiques PSI dans l'ensemble du réseau, ce résultat positif s'avère très encourageant et c'est pourquoi nous avons décidé d'analyser et d'approfondir les facteurs qui permettent d'expliquer ce succès. Cet article présente et discute les résultats de cette analyse. Nous croyons que l'étude des ÉIJ, et en particulier de certaines régions spécialement performantes au niveau des pratiques PSI, permettra une meilleure compréhension des conditions globales qui facilitent la réalisation des plans de services, compréhension qui, nous l'espérons, pourra s'avérer utile pour l'ensemble du réseau.

Quelques notes méthodologiques

Les résultats présentés dans cet article proviennent d'une analyse qualitative de 169 entrevues réalisées dans le cadre de l'évaluation des Équipes d'intervention jeunesse commandée par le MSSS. Deux types d'entrevues semi-structurées furent conduits. D'abord, des entrevues en profondeur visant à mieux comprendre l'implantation et le

fonctionnement global des ÉIJ ont été réalisées dans 4 régions, ciblées de façon stratégique pour obtenir un échantillon le plus représentatif possible. Il s'agissait de rencontrer : (1) le coordonnateur ÉIJ, (2) son supérieur immédiat³, (3) les agents de liaison et (4) le répondant de l'Agence régionale responsable de soutenir l'équipe. Ensuite, des entrevues furent effectuées dans le cadre de 29 études de cas, examinant des situations traitées par les ÉIJ, choisies également en fonction d'un échantillonnage théorique permettant d'exprimer la diversité des situations traitées. Ces entrevues ont été menées dans des équipes de diverses régions également auprès de 4 types de répondants, soit (1) le coordonnateur, (2) l'agent de liaison qui a référé la situation à l'ÉIJ, (3) l'intervenant-pivot (i.e. l'intervenant le plus impliqué auprès de la famille et qui sert normalement de relais pour cette dernière) et (4) la famille elle-même. Ces deux types d'entrevues contenaient chacune un volet se rapportant spécifiquement à la question des plans de services. Les données qualitatives tirées de ces entrevues ont été renforcées de quelques données quantitatives tirées du système de collecte de données mis au point entre l'équipe de recherche et les coordonnateurs ÉIJ.

La méthode d'analyse adoptée pour étudier le contenu des entrevues s'est inspirée principalement du modèle de la théorisation ancrée (*Grounded Theory*) originalement élaboré par Glaser & Strauss (1967). À l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative (QSR Nvivo), les entrevues ont pu être codifiées sous forme de catégories thématiques, avant d'être soumises à un examen approfondi et comparatif rigoureux. Nos analyses ont été construites à partir du discours de nos répondants et, quand cela était possible, nous

³ Les coordonnateurs ÉIJ relèvent administrativement d'un CLSC et sont donc sous la gestion d'un cadre supérieur dans leur CLSC d'appartenance.

avons utilisé leurs propres mots afin d'appuyer nos affirmations et nos thèmes. Les conclusions proposées ici ont toutes subi plusieurs contre examens dans le matériel recueilli et ont été évaluées et supportées par plusieurs membres de l'équipe de recherche (triangulation des perspectives - Patton, 1990).

Nous sommes conscients qu'un risque existait en demandant aux familles de s'exprimer sur des enjeux délicats (i.e. sur la santé de leurs enfants) qui les touchaient directement et que nous les placions potentiellement en conflit d'intérêts en leur demandant de s'exprimer ouvertement sur la qualité des services dont ils ont bénéficiés. Nous tenons à souligner que nous avons tenté de collecter nos données dans le plus grand respect de nos participants et que nous avons pris les précautions nécessaires en nous assurant de ne jamais faire passer nos exigences méthodologiques avant leur bien-être.

Détails sur le fonctionnement des ÉIJ

Afin de bien saisir la contribution des ÉIJ à la réalisation des plans de services, il faut nécessairement au préalable bien comprendre leur mode de fonctionnement. En bref, les situations sont référées aux équipes la plupart du temps par l'entremise d'un agent de liaison (rappelons que ceux-ci sont des cadres représentant un établissement du réseau au sein des ÉIJ), qui a lui-même reçu la référence d'un intervenant de son établissement d'appartenance. Une fois la situation évaluée et prise en charge par l'équipe, celle-ci détermine quels sont les établissements concernés et les agents de liaison nomment les intervenants de leur établissement respectif qui participeront à la rencontre du plan de services. Notons que « la composition de l'équipe d'intervenants qui participent à cette rencontre varie pour chaque enfant ou jeune; il s'agit des intervenants déjà impliqués

auprès de la famille ou de ceux appelés à intervenir » (MSSS, 2005). Dans ce sens, il n'y a pas *une seule*, mais bien *des* Équipes d'intervention jeunesse. Il est important de bien faire la distinction entre l'équipe de base, qui comprend le coordonnateur ÉIJ et le groupe fixe d'agents de liaison, et les équipes cliniques « volantes », dont la composition varie en fonction des situations, à l'exception du coordonnateur qui se trouve presque toujours présent (voir figure 1). La démarche d'élaboration du PSI est assurée essentiellement par ces équipes cliniques, malgré qu'elles bénéficient du soutien administratif offert à distance par le noyau de base que forment les agents de liaison.

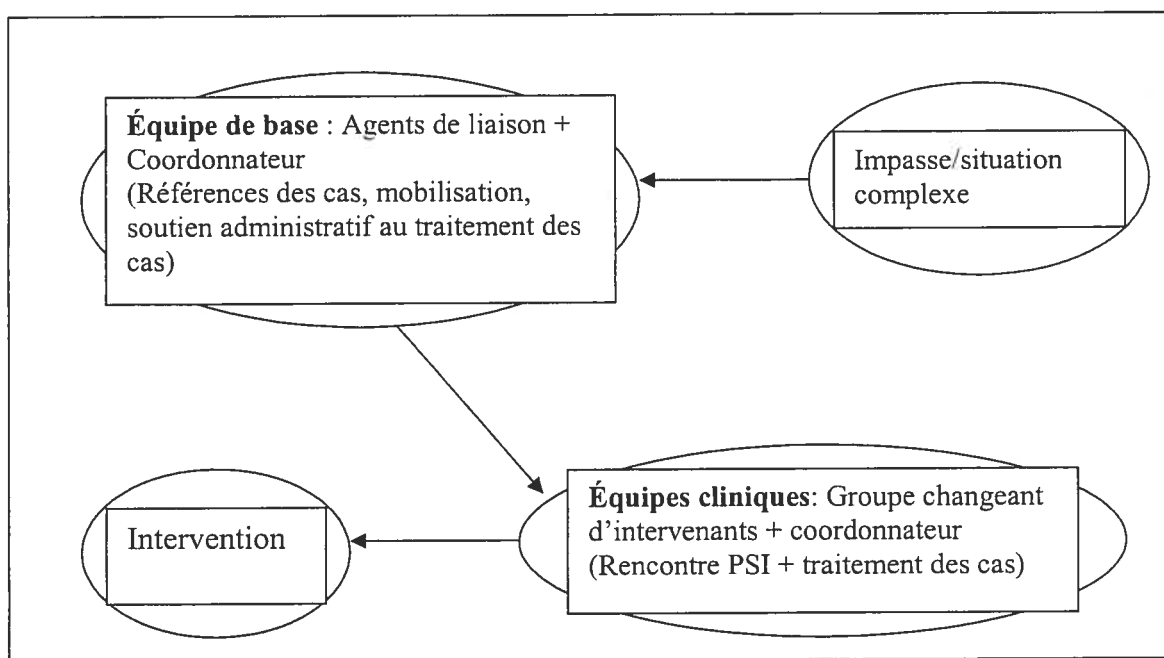


Figure 1. La structure de fonctionnement d'une ÉIJ

Résultats

Comme nous l'avons vu dans l'introduction de cet article, les ÉIJ ont atteint leur objectif global par rapport à la réalisation des plans des services. La prochaine section décrit pourquoi et comment elles ont su atteindre cet objectif. Nos analyses ont permis

d'identifier un certain nombre de facteurs (ou « conditions de succès »), dérivés de l'organisation et des processus en jeu dans une ÉIJ, qui facilitent la démarche du PSI. Ces facteurs sont : l'apport du coordonnateur ÉIJ, la structure et les ressources fournies par les équipes, l'existence d'une collaboration établie entre les établissements, l'adhésion marquée des membres au plan de services et la formalisation des façons de faire qui y sont associées.

A- Le coordonnateur ÉIJ

L'apport du coordonnateur ÉIJ est probablement le facteur étant ressorti le plus spontanément et le plus unanimement dans notre matériel. Tous les types de participants, des intervenants aux agents de liaison en passant par les familles, ont insisté sur leur responsabilité fondamentale dans le succès des ÉIJ en matière de PSI. Nos analyses démontrent que la prise en charge de la démarche du plan de services par les coordonnateurs permet d'orienter et de guider plus efficacement les intervenants à travers le processus, facilitant ainsi leur implication et leur contribution.

Le coordonnateur assume essentiellement trois rôles en lien avec l'élaboration du plan de services soit, (1) l'initiation de la démarche (i.e. mobilisation des partenaires), (2) la coordination du PSI comme tel au moment de la rencontre et (3) le suivi afin d'assurer la continuité des services offerts aux familles. L'accomplissement de ces rôles se trouve facilité par sa position, par ses habiletés et ses compétences et, comme nous le verrons dans la section suivante, par les ressources que procure la structure ÉIJ.

1- Une position privilégiée

Le coordonnateur ÉIJ bénéficie d'une position stratégique pour assurer la coordination de la démarche PSI grâce à trois caractéristiques de sa position, soit a) sa neutralité/extériorité, b) son autorité/légitimité et c) sa disponibilité.

Neutralité/Extériorité

Le fait que le coordonnateur ne relève pas d'un établissement en particulier et qu'il représente plutôt une ressource territoriale, disponible pour le « réseau » dans son ensemble, facilite son rôle d'organisation des PSI. Cette extériorité lui fournit une assise sur laquelle son *leadership* s'appuie et se légitimise, ce qui lui permet de diriger les équipes d'intervenants sans être perçu comme tenant un parti pris. Sa neutralité favorise l'investissement des établissements dans les situations traitées en assurant une réciprocité et un partage équitable de la charge des interventions entre les organisations, puisque sa coordination se trouve libérée des « intérêts » plus étroits de chacun des établissements impliqués :

« Je pense que la coordination et la neutralité aussi, le fait qu'on sait que la coordonnatrice ne prendra pas la part d'un plus que de l'autre. On est là pour travailler en équipe et elle sait que chacun va apporter sa contribution. Et chacun sait que parce qu'elle est là, les autres aussi vont apporter leur contribution... »

La neutralité a également été identifiée fréquemment par les familles comme un facteur confortant, puisqu'elle fait en sorte que le coordonnateur ÉIJ peut se consacrer à leurs besoins sans représenter avant tout le mandat d'un dispensateur de services. Il peut ainsi se positionner en fonction de la demande plutôt qu'en fonction de l'offre de services, ce qui favorise une intervention centrée sur les besoins des familles.

Autorité/légitimité

Le coordonnateur possède une légitimité particulière puisque son mandat est investi et soutenu par l'Agence de sa région, qu'il détient le statut de cadre et qu'il fait partie d'un projet clinique auquel sont rattachés des attentes et une évaluation. Cette légitimité agit comme un incitatif, comme une pression informelle sur les établissements qui les pousse à collaborer et à rendre des comptes sur leurs contributions. Il est cependant à noter, comme nous le verrons dans quelques instants, que la légitimité du coordonnateur ÉIJ repose en grande partie sur ses habiletés et ses compétences professionnelles, ou autrement dit sur son « *leadership* de compétence », puisque son autorité ne découle pas d'une position hiérarchique formelle mais bien d'une acceptation volontaire de sa direction par les différents établissements.

Disponibilité

Le coordonnateur ÉIJ dispose d'un temps alloué, d'une disponibilité essentielle afin de mener à terme la coordination de la démarche d'élaboration du plan de services. Assurer la mobilisation et le suivi des partenaires représente une charge de travail importante, que les intervenants ont difficilement le loisir d'assumer, particulièrement lorsqu'un grand nombre d'établissements sont impliqués. Étant consacré spécifiquement à la coordination des services, le coordonnateur ÉIJ détient le mandat précis, tout comme le temps lui permettant de prendre en charge cette démarche.

2- Une expertise de la collaboration interdisciplinaire

Les participants ont souligné que les coordonnateurs ÉIJ facilitent la démarche du plan de services grâce à leur approche et à leurs compétences. Leur expertise du travail interdisciplinaire ainsi que leur facilité à interagir positivement avec les gens et à les

accompagner efficacement dans un processus de collaboration ont souvent été vantées par les familles et par les intervenants et ces attributs permettent de légitimer davantage leur rôle en tant que meneur de la démarche PSI aux yeux de ceux-ci. Nous avons pu identifier au cours de nos analyses un certain nombre d'habiletés, possédées à divers degrés par les coordonnateurs que nous avons rencontrés, qui facilitent la fonction de coordination.

D'abord, le processus d'intégration ou de coordination des services est facilité à la fois par les *habiletés cliniques diverses* et les *habiletés administratives* des coordonnateurs. La coordination vise à maximiser l'adéquation entre, d'un côté, les besoins des jeunes et de leurs familles et de l'autre, les ressources disponibles dans le réseau. Les coordonnateurs doivent donc être en mesure de diriger les intervenants dans une lecture des besoins globale et systémique, ce qui demande au préalable des habiletés cliniques variées, empruntées à plusieurs domaines, mais également d'aiguiller les ressources du réseau en fonction de cette évaluation, ce qui demande une bonne expertise administrative et politique.

Évidemment, les ressources de l'ÉIJ et le statut de cadre détenu par les coordonnateurs facilitent ce rôle d'accès et d'intégration des ressources existantes et cela explique pourquoi ces derniers diffèrent du gestionnaire de cas, typiquement un intervenant, qui n'a aucun pouvoir sur l'offre de services d'un point de vue administratif. Les habiletés diverses des coordonnateurs leur permettent de prendre un certain recul, de développer une vue d'ensemble des situations lors des rencontres PSI qui facilite l'établissement d'une vision unique et globale, partagée à l'unisson par les intervenants :

« Ça prend une animation. Le coordonnateur fait un travail de repositionnement, de recadrage, de précision, de clarification, à partir des multiples lectures. Il faut que les gens puissent ne pas regarder qu'une seule facette mais l'ensemble de la situation... »

La capacité des coordonnateurs ÉIJ à transcender les frontières entre les établissements font d'eux ce que la littérature sur la collaboration interdisciplinaire appelle des « *boundary-spanners* », munis d'habiletés dites « réticulistes », et l'apport de tels individus à la collaboration interorganisationnelle a été largement reconnu (Wildridge, 2004; Sullivan & Skelcher, 2002; Webb, 1991).

Par ailleurs, comme la démarche PSI est avant tout un processus de collaboration impliquant à la base un groupe d'individus, les *habiletés de leadership* des coordonnateurs s'avèrent très importantes. Sans nécessairement référer directement à cette notion de *leadership*, les participants ont néanmoins continuellement souligné la capacité des coordonnateurs à entrer en relation avec les gens, à les influencer et à les motiver et cette capacité correspond à la conception du *leadership* généralement admise dans la littérature, qui définit celui-ci en essence comme un processus d'influence sociale (Ahearn et coll., 2004; Zaccaro et coll., 2002). Si les coordonnateurs sont si efficaces à diriger un processus collaboratif, il semble que cela soit dû en bonne partie au fait qu'ils accordent autant d'attention aux relations avec les individus qu'à l'activité et aux objectifs à accomplir :

« Le rôle de la coordonnatrice facilite beaucoup de choses. Elle fait des belles présentations, elle est toute en délicatesse. Avec les partenaires, un moment, c'était chaud. Son doigtée et sa diplomatie ont fait que, une fois que tout le monde a été assis, elle a invité les partenaires à gérer ça en professionnels. Elle est vraiment la bonne personne, à la bonne place. Elle

relance et elle reste en douceur. Elle est tenace et fiable. Tout le monde trouve qu'elle fait bien ça... »

« Le travail de la coordonnatrice demeure très important pour nous. Parce que c'est cette personne-là qui va faciliter les relations. Elle influence au niveau du climat. Dans certaines situations qui sont parfois difficiles ou tendues, [son] rôle est très important au niveau du climat des relations entre établissements... »

Divers modèles trouvés dans la littérature soulignent de la même façon que le *leadership* efficace repose sur un éventail de fonctions sollicitant autant la dimension interpersonnelle (aussi appelée *maintenance ou relationship-oriented dimension*) que la dimension reliée aux tâches (*task-related* ou *task-oriented dimension*) (Blake & McCanse, 1991; Hill, 2001; Chambers, 2003).

De plus, nous constatons que les coordonnateurs ÉIJ se comparent sur beaucoup d'aspects à la description du « *leader transformationnel* » (Burns, 1978; Tichy & DeVanna, 1986) qui, à travers son charisme et son inspiration, invite les gens à se dépasser, facilite l'expression de leur potentiel (Bass, 1985) et promeut l'accomplissement collectif de l'équipe qui les unit (Pirola-Merlo, 2002; George, 2000). Certains auteurs ont décrit comment ce type de *leaders* peuvent favoriser le succès d'une équipe à travers leur influence sur les processus et les interactions en jeu dans une démarche de collaboration (Dionne et coll., 2004; Zaccar, Rittman & Marks, 2001; Hill, 1997) et ces descriptions concordent bien avec l'analyse que nous avons menée.

En dernier lieu, notre analyse démontre que les habiletés de *leadership* des coordonnateurs et leur approche centrée avant tout sur les gens facilitent énormément

l'intégration et la participation des familles dans la démarche du plan de services, un point sur lequel celles-ci ont particulièrement insisté. Les parents ont grandement apprécié le fait d'avoir un porte-parole sympathique à leur cause et consacré à l'écoute de leurs besoins et de leurs soucis.

B- La mise en place d'une « structure de collaboration »

L'existence d'une *structure formelle* encadrant le travail de collaboration interdisciplinaire est reconnue dans la littérature comme un facteur majeur facilitant la coordination de services (Friesen & Briggs, 1995; Hage, 1986) et l'action en partenariat dans divers contextes (Costongs & Springett, 1997; Harker et coll., 2004; Stobbs, 1995). Les intervenants (et les familles aussi par ailleurs) ont fréquemment souligné que l'ÉIJ procure un *lieu* et un *temps* définis, qu'elle établit un « forum » réel et formel qui s'avère plus propice à la collaboration. Nous allons détailler dans cette section les caractéristiques et les ressources associées à la structure ÉIJ qui facilitent la démarche du plan de services.

Au cœur de cette structure se retrouve le noyau fixe d'agents de liaison. D'abord, ceux-ci assistent le coordonnateur ÉIJ dans les processus de mobilisation et de suivi des partenaires. À partir de leur position stratégique d'autorité, ils assurent l'engagement et l'imputabilité de leurs intervenants sans toutefois apparaître à leurs yeux comme une source d'ingérence extérieure. D'une certaine façon, leur simple présence, s'ils adhèrent à l'ÉIJ bien entendu, renforce la crédibilité et l'autorité du coordonnateur lors des rencontres PSI.

Ensuite, l'apport des agents de liaison s'avère indispensable compte tenu de la complexité des situations traitées par les équipes. En effet, comme ces situations atypiques sortent souvent du cadre habituel et des rôles professionnels définis de chacun, le succès de la coordination du plan de services dépend littéralement de la capacité des établissements à sortir de leur mandat, à trouver des solutions créatrices et à travailler dans une synergie collaborative. Dans ce sens, l'accès à des personnes en position de pouvoir et de décision, qui peuvent étirer les limites d'un système bureaucratique rigide, devient un atout extrêmement précieux. Les cadres détiennent le pouvoir administratif qui leur permet par exemple de débloquer une ressource exceptionnelle au besoin ou d'élargir les critères d'éligibilité de leur établissement afin d'admettre un jeune desservi inadéquatement par les moyens du réseau. Bref, ils peuvent réaliser des changements organisationnels ponctuels qui permettent de façonner une offre de services plus flexible et plus adaptée aux besoins de la clientèle. Leur présence assure donc en quelque sorte un soutien organisationnel matérialisé.

La structure ÉIJ est également une structure de « réseautage », connectée stratégiquement, dont les ramifications s'étendent comme des terminaisons nerveuses dans les différents établissements d'un territoire. Les AGL et les coordonnateurs, à travers leurs activités de liaison, bâtissent avec le temps un réseau de contacts, c'est-à-dire qu'ils entrent en relation avec une pléiade de gens occupant des positions stratégiques dans une multitude d'établissements qui deviennent par la suite en quelque sorte un contentieux d'agents de liaison informels qui peuvent être interpellés et mis à contribution dans le traitement des situations référées à l'ÉIJ :

« La coordonnatrice a des contacts et je pense que ça facilite la collaboration. Dans l'ensemble des dossiers que j'ai eu à regarder, j'ai toujours trouvé ça très aidant de se faire dire: « C'est telle personne qui fait telle affaire » ou « Je vais m'occuper de faire cette vérification-là ». L'ÉIJ favorise le fait d'avoir des contacts avec les personnes qu'on connaît dans les différents milieux, par lesquelles on peut passer... »

L'accès à un tel réseau de contacts stratégique facilite notamment la mobilisation des partenaires au moment de l'initiation de la démarche PSI (particulièrement des partenaires moins accessibles par l'entremise de la structure ÉIJ de base, comme par exemple la pédopsychiatrie) et l'obtention de ressources normalement inaccessibles qui rendent possible l'élaboration de solutions créatrices.

Finalement, la structure ÉIJ possède une source de financement indépendante des établissements qui s'y trouvent réunis, appelée marge de manœuvre, qui apporte beaucoup dans certaines situations puisqu'elle procure les fonds nécessaires afin de couvrir certains services qui ne relèvent directement d'aucune organisation (par exemple, défrayer les frais de transport d'un enfant que sa famille ne peut acquitter). L'existence d'un tel financement, partagé par les établissements et alloué spécifiquement à la collaboration, a été retenue dans la littérature comme un facteur facilitant le travail en partenariat (Darlington et coll., 2004; Sloper, 2004; Webb-Vulliamy, 2001) en empêchant notamment que les organisations résistent à s'impliquer par souci de préserver leur budget.

C- Une bonne collaboration déjà établie

L'ÉIJ est un mécanisme qui, dans un contexte normal, encourage et nourrit des relations positives entre les organisations. Cet historique de relations positives, qui s'actualise en

permanence, sert d'assise sur laquelle chacune des rencontres de plan de services s'appuie et se développe. Comme les organisations ont appris graduellement à se connaître et à se faire confiance, chacune devient plus encline à s'investir, à compromettre et à accepter de dépasser son mandat dans le cadre des situations traitées.

Par contre, nous devons bien préciser que ce constat ne s'applique qu'à l'équipe de base des ÉIJ, c'est-à-dire au groupe fixe d'agents de liaisons, puisque les intervenants qui participent aux rencontres PSI font eux plutôt partie d'équipes *ad hoc*, par définition toujours nouvelles. Néanmoins, il semble que ces derniers se présentent aux rencontres PSI initiées par une ÉIJ avec une opinion favorable, diffusée par les agents de liaison, de l'équipe et des autres établissements. Notre compréhension est que la bonne collaboration de base au sein d'une ÉIJ se transmet en quelque sorte aux intervenants qui se trouvent entraînés par l'enthousiasme et le climat positif qui y prédominent, ce qui les incite à s'investir à leur tour positivement.

Bien entendu, il arrive parfois que la collaboration de base à l'intérieur d'une ÉIJ soit plus précaire, le plus souvent parce que certains partenaires n'ont pas adhéré à l'équipe et refusent de s'impliquer véritablement. Il peut également arriver que certains intervenants résistent à coopérer au moment des rencontres de plan de services même si la collaboration de base au sein d'une ÉIJ fonctionne adéquatement. Ceci nous rappelle seulement qu'ultimement, la démarche PSI sert, mais également *dépend* de la collaboration entre les établissements; les ressources peuvent exister, mais sans une volonté de collaborer, d'offrir un service flexible centré sur les besoins des familles, la coordination des PSI peut toujours se heurter à des résistances considérables.

D- Adhésion au PSI

Pour résumer notre propos jusqu'à maintenant, il ressort que la démarche PSI représente avant tout un travail de collaboration entre établissements (et familles), que l'ÉIJ facilite en procurant (1) une coordination neutre, légitimée et compétente, (2) une structure encadrante munie de ressources concrètes et (3) une base de collaboration positive. Cependant, il est nécessaire de préciser qu'une bonne collaboration entre les établissements ne garantit pas en soi l'élaboration d'un plan de services. Il est toujours possible, et nous avons pu l'observer dans quelques situations, que les partenaires se concertent sans qu'un PSI soit élaboré en bout de ligne, et donc sans que la coordination soit ultimement formalisée sous forme écrite. Si les ÉIJ réalisent des PSI, c'est que les membres de l'équipe y *adhèrent fortement*, qu'ils en ont intégré ensemble la nécessité et l'utilité et qu'ils déploient en conséquence les mesures nécessaires pour en faire leur outil de travail, même si cela demande parfois un investissement et des efforts supplémentaires. Cette adhésion marquée se manifeste à travers une attitude d'intransigeance, une sorte d'absence de compromis face au PSI, qui est ressortie le plus clairement dans le discours des régions les plus performantes au niveau de la réalisation de plans de services.

Nous observons que les coordonnateurs se trouvent le plus souvent à l'origine de l'adhésion aux PSI. Impliqués le plus directement dans toutes les phases de la démarche, ce sont eux qui s'assurent ponctuellement qu'un plan de services soit réalisé en bonne et due forme pour chaque situation dans laquelle l'ÉIJ intervient. Globalement, nous pourrions qualifier leur approche de « fonctionnaliste », dans le sens où leurs actions ne

se limitent pas à un ensemble de gestes prescrits et invariables mais visent plutôt à remplir, pour chaque situation, toute fonction pouvant potentiellement faciliter la démarche : s'ils le jugent nécessaire, ils n'hésitent pas à prendre la responsabilité de rédiger eux-mêmes le contenu du PSI; à d'autres occasions, lorsque les intervenants démontrent une bonne maîtrise de la situation, ils peuvent adopter une position plus effacée et gérer la démarche à distance, en s'assurant tout de même que le processus aboutisse aux résultats escomptés. D'une certaine façon, nous pouvons donc dire qu'ils figurent comme une forme de gardiens de l'esprit et de l'exécution des plans de services. Ceci dit, il est important de mentionner que les agents de liaison jouent également un rôle important au niveau de la diffusion d'une mentalité favorable au PSI au sein de leur établissement respectif.

E- Systématisation/formalisation des façons de faire en lien avec le PSI

Lorsque les ÉIJ adhèrent au PSI, nous constatons que celui-ci devient plus ou moins le cœur indissociable de leur structure clinique. Les équipes élaborent avec l'expérience une façon de faire régulière et stable qui structure sa démarche pour les intervenants impliqués, une systématisation des procédures qui facilitent son usage et qui permettent de maximiser, de raffiner son potentiel en tant qu'outil de formalisation. Pour ne nommer que quelques exemples, nous avons notamment observé que plusieurs équipes ont établi un système de rencontres préparatoires avant la rencontre officielle avec les familles ou encore que d'autres ont produit des modèles de PSI « standard » qui facilitent son utilisation pour les intervenants et les familles. Cette formalisation des façons de faire permet d'optimiser davantage l'impact de la structure d'une ÉIJ.

Le rôle du temps

Les statistiques tirées de l'évaluation du projet ÉIJ montre que le taux de PSI produits par les différentes équipes a considérablement augmenté entre les années 1 et 2 du projet, passant de 55% à environ 75% (Dagenais, Larivière et coll., en préparation). De plus, le délai nécessaire pour qu'un PSI soit élaboré a aussi diminué de façon significative entre l'an 1 et l'an 2, passant en moyenne de 127 jours à 89 jours. Ces indicateurs nous informent que l'efficacité des ÉIJ à élaborer des PSI s'accroît avec le temps, au fur et à mesure que les équipes gagnent en maturité, un point sur lequel les participants ont d'ailleurs fréquemment insisté :

« Je dirais que plus on a vécu des cas ÉIJ, meilleurs on devient pour convaincre les gens qu'il faut faire un PSI. Dans nos premières situations, on était peut-être plus timides et insécures. Et dans les dernières, je vais avoir des PSI à tous les cas. Sauf celle où ça ne s'appliquait pas... »

Ce constat n'a rien de surprenant puisque plusieurs des facteurs décrits précédemment, par exemple, les niveaux de collaboration établie et de formalisation des façons de faire à l'intérieur des équipes, sont des variables dont l'influence dépend et croît avec le temps.

Vignette clinique: Le petit Gilbert

La vignette clinique qui suit illustre de quelle façon les Équipes d'intervention jeunesse facilitent la réalisation des PSI dans le contexte d'une situation réelle, tirée de la banque des 29 études de cas construite pour l'évaluation du Projet ÉIJ⁴. Elle expose comment

⁴ Afin de préserver la confidentialité des individus concernés par la situation exposée, certains faits ont été légèrement altérés et les noms des établissements impliqués ne sont pas divulgués.

les différentes conditions énoncées précédemment se présentent typiquement lors d'une intervention des ÉIJ.

Tableau 2

Vignette Clinique : Le Petit Gilbert

« Gilbert » est un enfant de 14 ans aux prises avec de multiples problématiques comportementales et familiales (troubles de comportement, trouble envahissant du développement (TED), problématique familiale). Avant l'intervention de l'ÉIJ, sa situation est suivie par le CLSC de sa région ainsi que par un service de pédopsychiatrie où il a déjà été hospitalisé à plusieurs reprises en raison de crises agressives importantes envers les autres membres de sa famille. Il a également été placé sous la protection de la Loi de la Protection de la Jeunesse (LPJ) à plus d'une occasion. Malgré l'état critique de sa situation - qui semble toujours à la limite de la crise, d'une nouvelle hospitalisation ou d'un autre placement-, la mobilisation du réseau demeure restreinte : les services livrés sont incomplets, fragmentés et sérieusement limités par des contraintes pratiques. L'intervention est notamment complexifiée par 1) un vide de service au niveau de certaines interventions liées à la problématique TED, 2) l'absence d'un diagnostic clair en raison d'une évaluation manquante, 3) l'absence de plusieurs partenaires essentiels qui demeurent toujours non impliqués, 4) une transition délicate de l'enfant de la pédopsychiatrie vers l'adopsychiatrie, 5) l'absence d'un leadership assumé par un établissement qui prendrait le rôle de porteur de dossier et assurerait la coordination et 6) un épuisement/décrochage des parents dû à l'absence de progrès dans la situation de leur enfant et à un sentiment d'aliénation face à un système fragmenté. Aucune rencontre de plan de services n'a été organisée malgré le besoin criant d'une coordination adéquate de services.

C'est donc dans ce contexte que la pédopsychiatrie choisit finalement de référer la situation de Gilbert à l'Équipe d'intervention jeunesse de sa région. Suite à une délibération au terme de laquelle les membres de l'ÉIJ s'entendent pour prendre la situation en charge, l'équipe se met immédiatement en branle et s'organise pour mettre en place les conditions nécessaires afin de tenir une première rencontre de plan de services. À l'aide de ses contacts, le coordonnateur ÉIJ réussit à obtenir une évaluation qui procure un nouveau diagnostic plus clair à l'enfant (syndrome d'Asperger) et qui permet finalement d'aligner adéquatement les interventions en fonction de besoins précis. L'ÉIJ mobilise efficacement 12 partenaires, dont certains plus spécifiques à la problématique parentale, et la rencontre PSI est finalement organisée, après une rencontre préalable entre les établissements pour « déblayer le terrain », dans un délai de quatre semaines. Lors de cette rencontre, les établissements, guidés par le coordonnateur et empreints d'un bon esprit de collaboration, acceptent tous d'offrir une intervention flexible, centrée sur les besoins de la famille. Le Centre XXX accepte de dépasser son mandat afin de fournir une thérapie familiale et de son côté, l'agent de liaison du XXX entame des démarches dans le but d'offrir certains services exceptionnels (couvrant ainsi un trou de service au niveau des interventions ciblant le déficit d'apprentissage). Lors de la rencontre, le coordonnateur se fait l'avocat de la famille et s'assure personnellement qu'une place importante soit accordée aux parents afin qu'ils puissent exprimer leurs besoins et leurs inquiétudes. Le PSI contient finalement 4 objectifs généraux adaptés à la situation familiale dans son ensemble et un souci particulier est consacré au soutien offert aux parents. Les interventions spécifiques de chaque établissement se retrouvent détaillées dans leurs plans d'intervention (PI) respectifs.

Lorsque questionnés sur l'évolution de cette situation, les partenaires se montrent très satisfaits. Tous soulignent l'avantage de bénéficier d'une structure encadrante et d'un coordonnateur neutre et compétent. Tous soulignent également l'avantage de finalement partager une vision commune, globale de la problématique et de l'intervention, rendue possible par la démarche PSI. La famille, intégré dans le plan de services, se sent partie intégrante de l'intervention et apprécie qu'une équipe mobilisée et cohérente travaille pour elle. Cette situation permet de bien apprécier le potentiel de la démarche du plan de services comme « facilitateur » du processus de coordination des interventions mais également de voir comment cette démarche se trouve en elle-même facilitée par les ressources procurées par une ÉIJ.

Discussion

Cet article, élaboré à partir des résultats d'une étude réalisée dans le cadre de l'évaluation du Projet ÉIJ, visait à identifier et à décrire les « conditions de succès » qui favorisent la réalisation des plans de services au sein des Équipes d'intervention jeunesse. L'analyse que nous avons présentée au cours des pages précédentes démontre que les ÉIJ facilitent la démarche PSI principalement par (1) la présence d'un coordonnateur neutre, légitime et disponible, capable d'assurer l'initiation et le suivi de la démarche ainsi que la coordination des rencontres, (2) l'apport d'une structure munie de ressources concrètes (AgL, réseau de contacts, marge de manœuvre) pouvant encadrer le processus, (3) l'existence d'une bonne collaboration déjà établie entre les établissements, (4) l'adhésion forte au plan de services généralement observée chez les membres d'une ÉIJ et (5) la consolidation des façons de faire associées au PSI qui supporte l'expérience des intervenants impliqués. Nous avons également montré que *le temps* représente une variable cruciale influençant l'efficacité des équipes à produire des PSI, en particulier à travers son impact sur plusieurs des « facteurs de succès » identifiées lors de l'analyse.

Ce que l'on constate globalement des résultats présentés ici, c'est que les ÉIJ facilitent surtout la réalisation du plan de services à travers le soutien concret et l'encadrement qu'elle procure à la démarche de collaboration entre établissements et familles qui mènent à son élaboration. Le PSI dépend et résulte d'un acte de collaboration interorganisationnelle (Dagenais, Larivière et coll., en préparation) et, comme nous en instruit la littérature, la collaboration interorganisationnelle est indubitablement une

entreprise complexe et difficile (Wildridge, 2005; Scott, 2005; Walsh, Brabeck & Howard, 1999), qui nécessite en conséquence des efforts considérables et un ensemble de ressources adéquates pour s'avérer un succès. La conclusion principale qui émane de notre analyse est que, même si le PSI a été créé au départ comme un outil destiné à systématiser et faciliter la collaboration entre les différents services, *son utilisation même se trouve grandement facilitée par d'autres facteurs qui soutiennent et encadrent la collaboration (leadership, structure, collaboration établie, formalisation des procédures)*. Il semble également, selon ce que les participants nous ont appris, que l'absence d'un tel encadrement représente une des raisons majeures pourquoi si peu de PSI sont réalisés dans le réseau dans son ensemble. Cette conclusion ne signifie pas pour autant que le plan de services ne représente pas un outil important et fort utile, loin de là, mais seulement que - comme l'ont montré plusieurs sources (Vérificateur Général du Québec, 1998, 2004)- sa simple mention dans la Loi, sans ressources ni soutien, ne semble pas suffire pour atteindre l'objectif complexe de la collaboration interorganisationnelle. Cet article suggère que la démarche PSI se trouve grandement facilitée lorsqu'elle est encadrée par une structure et intégrée dans un ensemble de ressources concrètes allouées spécifiquement à la collaboration entre les établissements.

Il existe évidemment quelques limitations aux résultats présentés ici. D'abord, il est important de souligner que ces résultats présentent un constat général, globalement positif, émanant de l'ensemble des équipes étudiées dans le cadre du Projet ÉIJ. Il existe cependant des différences importantes d'une région à l'autre. L'état des pratiques PSI varie d'une ÉIJ à l'autre, au même titre que d'autres variables telles que les niveaux d'implantation, de collaboration et/ou d'adhésion des partenaires. Les résultats que nous

avons choisi de présenter ont été particulièrement inspirés des équipes les plus performantes afin de dégager les conditions optimales facilitant la réalisation des plans de services. Les obstacles à la démarche à l'intérieur des ÉIJ ont plutôt été développés en détail dans le rapport d'évaluation des équipes (Dagenais, Larivière et coll., en préparation).

D'autre part, nous devons glisser quelques mots sur notre influence en tant qu'équipe de recherche, mandatée par le Ministère afin d'évaluer l'efficacité des ÉIJ, sur la nature des résultats obtenus. En particulier, notons que l'évaluation des équipes incluait une exigence particulière au niveau de la réalisation des plans de services qui peut avoir agi comme un incitatif important. Bien que les participants n'en aient pas ouvertement parlé, nous pouvons supposer que sans cette pression directe, la motivation des membres d'une ÉIJ à réaliser des PSI, et ultimement le taux de PSI, auraient pu être moins élevés. Nous pouvons également supposer que ce que nous avons perçu comme une adhésion forte au PSI puisse en fait avoir été justifiée par cette pression « du rendement » imposée par le ministère et par l'existence d'une évaluation formelle.

La grande force de l'analyse présentée dans cet article est sans aucun doute qu'elle repose en majeure partie sur les témoignages des principaux intéressés, c'est-à-dire les participants qui ont directement contribué au Projet ÉIJ. Le souci que nous avons maintenu de rester le plus fidèle possible à leurs discours ajoute à la validité écologique de nos résultats en assurant que ceux-ci exposent bel et bien les enjeux importants à leurs yeux (Bronfenbrenner, 1977).

Conclusion

Nous croyons que les résultats présentés dans cet article peuvent être inspirants pour une foule d'acteurs, autant praticiens qu'administrateurs, mais les implications directes de notre analyse s'adresse principalement aux décideurs politiques et organisationnels. Le message qui transcende notre étude des ÉIJ est que la démarche du plan de services doit être soutenue activement et concrètement par un ensemble de ressources vouées à la collaboration et ne pas reposer uniquement sur les épaules des intervenants. Nous croyons que les « facteurs de succès » des ÉIJ identifiés ici peuvent fournir des pistes intéressantes pour cibler d'éventuelles réformes visant à améliorer les pratiques PSI dans l'ensemble du réseau. Pour ne nommer qu'un exemple, l'importance démontrée du coordonnateur ÉIJ lors des rencontres PSI peut suggérer l'idée, comme plusieurs participants l'ont d'ailleurs fait, de créer des mandataires, spécialistes et munis de ressources adéquates, qui seraient chargés spécifiquement d'assurer la coordination des PSI au sein de leur établissement. Au minimum, notre analyse souligne l'importance primordiale d'un engagement et d'un soutien administratif pour encadrer et faciliter la tâche des intervenants. Nous espérons que l'expérience des ÉIJ saura initier certains questionnements et peut-être même amener quelques réponses en lien avec les conditions qui permettront d'améliorer les pratiques du plan de services.

VII. DISCUSSION GLOBALE

Retour sur les thèmes principaux

L'article présenté dans ce mémoire a rapporté les résultats d'une analyse qui visait à cerner les facteurs pouvant expliquer le succès et l'efficacité des Équipes d'intervention jeunesse à réaliser des plans de services individualisés. Comme plusieurs points de discussion importants ont déjà été abordés à l'intérieur de l'article (par exemple, les forces et les limites, les implications, etc.), cette section contiendra certaines redondances malheureusement inévitables. Pour éviter un excès de répétitions, seuls les thèmes qui méritent d'être approfondis de façon plus détaillée seront re-discutés ici. Les autres points ayant déjà été suffisamment examinés seront simplement mentionnés à nouveau, sans élaboration supplémentaire.

Le facteur qui est ressorti le plus fortement lors de l'analyse du matériel est *l'importance centrale du coordonnateur ÉIJ* et ce, à toutes les étapes de l'élaboration des plans de services (i.e. mobilisation des partenaires, rencontre, suivi). Tous les types de participants, que ce soit des administrateurs, des intervenants ou même des familles, ont tenu à souligner son apport primordial et leurs commentaires suggèrent que c'est lui le premier et principal « facilitateur » du processus PSI. L'étude menée pour ce mémoire permet de préciser que les fonctions facilitantes du coordonnateur sont étayées principalement par les caractéristiques associées à sa position (neutralité, légitimité, statut de cadre, disponibilité) ainsi que par ses habiletés et son expertise en matière de travail interdisciplinaire (habiletés cliniques et administratives, leadership).

L'analyse souligne également de façon particulière l'importance de *l'approche* mise de l'avant par les coordonnateurs – c'est-à-dire de la dimension interpersonnelle – dans leur capacité et leur efficacité à accomplir leurs fonctions. La coordination d'une démarche de plan de services implique la gestion d'un processus de collaboration entre professionnels et familles et la collaboration, par définition, dépend avant tout d'une dynamique relationnelle entre des individus. L'analyse démontre que les coordonnateurs jouent un rôle de « baromètre » dans la gestion de cette dynamique relationnelle et que ce rôle est probablement aussi important que celui qu'ils accomplissent au niveau de l'organisation et de la coordination des tâches et objectifs. Comme il en a déjà été question, ce constat concorde tout à fait avec la littérature sur le *leadership*, qui décrit celui-ci comme étant composé de deux dimensions principales, soit une dimension interpersonnelle et une dimension reliée à la tâche (Blake & McCanse, 1991; Hill, 2001; Chambers, 2003).

Ces résultats, qui établissent le coordonnateur ÉIJ comme premier et principal facteur de succès dans la démarche du plan de services, soulèvent plusieurs interrogations en ce qui a trait à la coordination des PSI en dehors des équipes. À ce sujet, l'impression globale qui s'est dégagée des commentaires émis par les participants est que la coordination de la démarche se retrouve, selon la conjoncture actuelle en place dans le réseau, sous la responsabilité d'intervenants qui ne jouissent ni d'un statut (neutralité, légitimité, etc.), ni de conditions pouvant faciliter cette fonction (par exemple, une disponibilité et un soutien consacrés spécifiquement à cet effet) et qui n'ont pas nécessairement non plus développé dans le cadre de leur vie personnelle ou professionnelle des habiletés leur permettant de diriger efficacement une équipe interdisciplinaire. Bien entendu, l'analyse

menée ici ne permet pas d'identifier avec certitude des lacunes au niveau de la coordination des PSI en dehors des ÉIJ, et encore moins de formuler des recommandations à cet égard. Néanmoins, elle confirme que la *coordination* représente un enjeu déterminant dans le succès de la démarche et identifie certains facteurs caractérisant une coordination efficace qui peuvent former un point de départ intéressant.

La seconde grande force des ÉIJ réside, comme son nom le suggère, dans le modèle d'« équipe ». Plutôt que de miser sur des changements organisationnels ou des réorganisations massives, qui risquent le plus souvent d'occasionner des résistances importantes, le concept assez astucieux au cœur des ÉIJ est de centrer avant tout la collaboration entre les établissements sur des individus-clé (les agents de liaison) et sur les relations qui se développent entre eux. En effet, c'est à travers les membres qui composent le noyau de base que sont assurés (1) un engagement et un soutien administratif concret dans les situations traitées par les équipes et dans les démarches PSI qui les accompagnent¹, (2) une structure formelle facilitant toutes les phases d'élaboration des plans de services (mobilisation, rencontre, suivi), (3) un accès aux ressources nécessaires pour soutenir les processus cliniques et (4) une formalisation et une consolidation des façons de faire associées au PSI.

Par-dessus tout, la force majeure du modèle d'« équipe » - comme le démontre le rapport d'évaluation des ÉIJ (Dagenais, Larivière et coll., en préparation) - est la

¹ En fait, l'idée à la base des ÉIJ est précisément de superposer aux équipes d'intervenants responsables de mener la démarche PSI une équipe administrative pouvant garantir un soutien organisationnel dans les situations traitées

collaboration qui se développe entre les membres qui la composent. Cette collaboration représente la base sur laquelle tout le fonctionnement des ÉIJ repose, incluant le traitement des situations et les démarches de plan de services. Si les gens ne collaborent pas au sein d'une équipe, celle-ci peut se retrouver paralysée et voir ses ressources considérablement réduites². À l'inverse, plus les gens y collaborent, plus ses ressources, ses capacités et son potentiel s'amplifient et plus ses limites s'estompent³. Ainsi, le principal atout des ÉIJ n'est pas l'existence de ressources matérielles et financières supplémentaires, mais plutôt l'existence de *ressources humaines, engagées, flexibles et synergiques*, ou autrement dit, d'individus qui croient en la collaboration et qui ont le pouvoir d'obtenir et d'engager les ressources de leur établissement d'une façon souple et adaptée. Somme toute, le constat émis ici fait directement écho aux conclusions tirées sur le fonctionnement global des ÉIJ (Dagenais, Larivière et coll., en préparation) : la *coordination* et la *collaboration* représentent les deux clés assurant le succès des équipes, que l'on parle d'implantation, de fonctionnement général ou de réalisation des plans de services.

En terminant, il est intéressant de noter que les résultats présentés dans cet ouvrage concordent bien avec la littérature existante abordée dans le contexte théorique. À l'instar des résultats exposés ici, la littérature insiste sur l'importance d'un *leadership* compétent (Rogers, 2004; West, Borrill & Unsworth, 1998), de structures formelles (San Martin-Rodriguez et coll., 2005; Dowling, Powell & Glendinning, 2004; Friesen &

² Par exemple, les agents de liaison ne sont une ressource que dans la mesure où ils collaborent et acceptent de s'engager dans une ÉIJ. À la limite, leur « non-collaboration » peut représenter un obstacle.

³ Par exemple, plus les gens collaborent, plus ils se mobilisent rapidement, plus ils sont prêts à faire des compromis, etc. Tout cela facilite le rôle des intervenants dans la démarche PSI.

Briggs, 1995), de ressources adéquates (Sloper, 2004; Harker et coll., 2004), d'un engagement et d'un soutien administratif (Wildridge, 2005; Olson, 2003) de même que d'un historique de relations positives entre les établissements (Wildridge, 2005; Mattesich, Murray-Close & Monsey, 2001) comme facteurs déterminants dans le succès d'une collaboration.

Pertinence du choix de l'objet de recherche

Le choix d'axer l'analyse sur l'étude des facteurs qui favorisent la production des plans de services a été motivé par le fait que les équipes ont été dans l'ensemble très efficaces à réaliser des PSI et qu'en conséquence, l'étude de leur fonctionnement pouvait offrir une source d'inspiration et d'informations intéressante pour un réseau qui peine à atteindre les mêmes résultats. Le choix a aussi été influencé par certaines conjonctures liées à l'évaluation globale des ÉIJ. En effet, des quatre équipes sélectionnées pour faire l'objet d'un examen en profondeur (étude approfondie de quatre régions, voir la section méthodologie), trois ont obtenu un taux de PSI très élevé, soit *un écart-type au dessus de la moyenne*, et donc ont été particulièrement efficaces à réaliser des PSI. De la même façon, sur les 29 situations investiguées dans le cadre des études de cas, une seulement n'a pas donné lieu à un PSI au moment où les données ont été collectées. Comme il a été brièvement abordé dans la section « *méthodologie* », cela s'explique par le fait que plusieurs plans de services ont été réalisés entre le moment où les situations ont été sélectionnées et le moment où les entrevues ont eu lieu, même si l'intention de l'équipe de recherche était au départ de choisir un nombre équivalent de situations contenant et ne contenant pas de PSI. Ainsi, le matériel recueilli a offert une opportunité particulièrement intéressante d'étudier les facteurs favorisant la réalisation des plans de

services au sein des ÉIJ, même si, à l'inverse, son contenu a limité la possibilité d'examiner les obstacles.

Pertinence des choix méthodologiques

Une approche qualitative a été adoptée dans ce mémoire car ce type d'approche convenait mieux aux objectifs de cette étude. En effet, le but de l'analyse n'était pas de vérifier des hypothèses à partir de connaissances et de thèmes déjà existants, mais plutôt de découvrir des variables et des enjeux pertinents à propos d'un sujet qui avait été peu sondé par le passé. Dans ce sens, une approche qualitative, inductive et axée avant tout sur la découverte (Guba & Lincoln, 1981), représentait une option de choix. De plus, la prémisse qui a guidé le choix de la méthode analytique était que la meilleure façon de discerner les enjeux importants à propos d'un phénomène sur lequel peu d'informations étaient au préalable connues était de se baser sur la compréhension de ces enjeux par les *personnes directement concernées*. Cette approche, qui met l'accent d'abord sur la façon selon laquelle les acteurs sociaux comprennent et interprètent l'univers social dans lequel ils évoluent (Laperrière, 1997), correspond à une conception constructiviste de la science dans laquelle s'inscrit généralement la recherche qualitative (Flick, 2002; Denzin & Lincoln, 2000).

Ensuite, le choix d'une méthode d'analyse particulière à l'intérieur du vaste domaine de la recherche qualitative a été fait en fonction du type de résultats et d'analyse que visait à produire ce mémoire. L'objet de cette étude ne consistait pas à fournir une description détaillée, la plus fidèle possible, du phénomène de la réalisation des plans de services dans les Équipes d'intervention jeunesse, pour laquelle des approches descriptives,

comme par exemple l'ethnographie ou l'étude de cas, auraient été plus appropriées. Plutôt, le dessein de cet ouvrage était de dépasser le simple niveau descriptif afin de dégager des conditions, des facteurs explicatifs, d'abord enracinés dans le contexte naturel des *settings* à l'étude, mais pouvant également être partiellement et prudemment généralisés afin de permettre une meilleure compréhension d'une réalité plus globale – c'est-à-dire la réalisation des plans de services dans l'ensemble du réseau. Dans ce sens, l'approche de la théorisation ancrée, qui vise l'élaboration d'une théorie complète et inclusive à propos d'un phénomène à partir de l'étude inductive de ses manifestations dans des contextes naturels (Strauss & Corbin, 1990; Laperrière, 1997), apparaissait comme la meilleure option.

Par ailleurs, la méthode de la théorisation ancrée se présentait avantageusement en comparaison à d'autres approches interprétatives qui pourraient être qualifiées de « moins strictes » par l'application d'une méthodologie rigoureuse permettant un meilleur ancrage de l'interprétation élaborée par le chercheur dans la réalité empirique dont elle émerge. La *méthode par comparaison continue* au centre de l'approche, qui prescrit la confrontation constante des interprétations émergentes du chercheur avec le matériel empirique (et vice versa), constituait une bonne façon de développer une compréhension théorique du phénomène de la réalisation des plans de services qui répond aux critères de rigueur de la recherche scientifique (Strauss & Corbin, 1990).

En ce qui concerne le choix d'une méthodologie permettant de collecter des données pertinentes afin d'analyser le phénomène à l'étude, il est important de réitérer que le choix des instruments utilisés a été plus ou moins contraint par les dispositifs prévus

pour l'évaluation globale du Projet ÉIJ. Néanmoins, comme l'évaluation du projet se faisait par l'entremise d'une approche qualitative s'apparentant à la théorisation ancrée, ses dispositifs se sont avérés tout à fait appropriés aux fins de l'analyse menée dans ce mémoire. L'entretien semi-structuré, principal instrument utilisé lors de la collecte de données, constitue d'ailleurs un des outils de prédilection en théorisation ancrée, puisqu'il permet de cibler un certain nombre de champs d'intérêts, et donc de comparer les commentaires de plusieurs personnes sur des thèmes similaires, sans toutefois orienter leurs discours vers des réponses prédéterminées, ce qui favorise l'émergence spontanée du matériel saillant.

Forces et limites

1. Limites

Limites concernant la généralisation des résultats

Comme il a déjà été abordé dans la section « *discussion* » de l'article intégré dans la section précédente, les résultats présentés dans ce mémoire ne peuvent être considérés comme une théorie universelle au sens entendu par Glaser & Strauss (1967), i.e. comme une théorie couvrant l'ensemble des enjeux liés à la réalisation des plans de services et généralisable à toutes les ÉIJ implantées sur le territoire québécois. En fait, notre analyse présente une synthèse *sélective* des principaux facteurs facilitant la réalisation des plans de services, laquelle a été particulièrement inspirée de l'étude des régions optimalement performantes en matière de PSI. Le résultat représente donc en quelque sorte un « prototype » d'une ÉIJ parfaite, qui regrouperait l'ensemble des facteurs identifiés comme facilitant l'élaboration des plans de services. Bien entendu, les équipes ne se conforment pas toutes à cette description, certaines fonctionnant moins bien. De plus,

même s'il n'en est pas question dans cet ouvrage, il est clair que les ÉIJ ont toutes été confrontées à des obstacles qui ont entravé la démarche PSI dans certaines situations. Ces obstacles ont plutôt été développés dans le rapport d'évaluation des équipes (Dagenais, Larivière et coll., en préparation).

Limites méthodologiques

Quelques limites méthodologiques doivent également être soulevées. Le fait que les échantillons et les grilles d'entrevues utilisés aient été prévus au départ pour l'évaluation des ÉIJ et qu'ils n'ont pas pu être modifiés et adaptés en cours de route pour les besoins de cette étude a certainement influencé le déroulement et les fruits de la démarche analytique. Comme il a été mentionné dans la description de la méthode d'analyse, la procédure de la théorisation ancrée prévoit normalement que la sélection des participants et le contenu des entretiens qui leur sont administrés doivent évoluer en cours d'analyse afin de s'arrimer aux thèmes qui en émergent et aux étapes successives de la codification - il s'agit là d'une des raisons expliquant pourquoi la démarche de codification a été partiellement modifiée. Cependant, si ces limites méthodologiques ont restreint la possibilité de pousser la démarche jusqu'aux limites de ses possibilités, particulièrement en ce qui concerne la mise en relation des facteurs ultimement décelés et l'intégration des différents thèmes sous une même ligne théorique, rien n'indique que cela remette en question la validité des résultats présentés et des variables qui ont émergé lors de l'analyse. Au pire, ces contraintes peuvent avoir diminué la richesse et la profondeur des résultats obtenus en ne permettant pas l'atteinte d'une saturation théorique parfaite.

2. Forces

Crédibilité

Alors qu'en recherche quantitative la valeur d'une étude est mesurée en fonction de sa validité interne – c'est-à-dire en fonction du degré à partir duquel les résultats représentent adéquatement la réalité – (Hoepfl, 1997), la valeur d'une recherche qualitative se vérifie plutôt en fonction de sa *crédibilité*, qui dépend beaucoup de la richesse des informations recueillies et des habiletés analytiques du chercheur (Patton, 1990). La crédibilité de la recherche présentée dans cet ouvrage est renforcée par l'utilisation de plusieurs techniques de *triangulation*, c'est-à-dire par le recours à de multiples sources de données et de méthodes d'analyse pour contre vérifier le matériel recueilli. L'idée centrale de l'approche est que la juste appréciation d'un phénomène complexe se trouve à l'intersection de différentes perspectives. La littérature décrit habituellement quatre types de triangulation (Patton, 1990, 1999; Johnson, 1997; Denzin, 1978), soit (1) la triangulation des sources, (2) la triangulation des chercheurs, (3) la triangulation méthodologique et (4) la triangulation des théories, que la démarche employée dans cette recherche a tenté d'exploiter au maximum.

D'abord, la méthodologie a permis de trianguler les sources en recueillant des informations provenant de plusieurs types de participants ayant des perspectives différentes. Une grande diversité de personnes impliquées dans le projet ÉIJ a été rencontrée, incluant des intervenants, des administrateurs, des coordonnateurs, des responsables régionaux et même des familles, ce qui a contribué à la richesse du matériel empirique recueilli. La méthodologie a également été triangulée par l'utilisation de

plusieurs méthodes de collecte de données différentes (entretiens individuels, *focus groups*, données des formulaires en ligne). D'autre part, une certaine forme de triangulation des analystes ou des chercheurs a été réalisée puisque la démarche analytique et les résultats obtenus ont été validés par plusieurs chercheurs familiers avec le matériel empirique étudié, même si l'essentiel de la démarche a été mené par un seul chercheur. Finalement, le critère de la *triangulation des théories* a été partiellement atteint par la consultation de sources académiques provenant de divers champs disciplinaires (*leadership*, travail social, psychologie organisationnelle, etc.). En somme, la triangulation représente une des principales forces de l'analyse présentée dans ce mémoire.

Les participants

Comme il a été souligné dans l'article qui forme le corps de ce mémoire, la plus grande force des résultats produits dans cette étude est qu'ils *reposent avant tout sur la perspective des participants qui ont été impliqués dans le Projet ÉIJ et qui sont directement concernés par la réalisation des plans de services*. Même si l'analyse présentée constitue une interprétation théorique, une synthèse et une organisation de leurs commentaires éclairants, elle s'est d'abord inspirée de leur contribution et a tenté de leur rendre justice le plus adéquatement possible. Il était important de réitérer ce fait.

VIII. CONCLUSION ET IMPLICATIONS

Ce mémoire visait à déterminer les facteurs qui expliquent de quelle façon les Équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ) facilitent la réalisation des plans de services individualisés (PSI). En résumé, les facteurs mis au jour par l'analyse sont :

- *La présence du coordonnateur ÉIJ* qui, grâce à sa position, à son expertise et ses habiletés liées au travail interdisciplinaire ainsi qu'à sa disponibilité et son mandat réservé à la coordination, joue un rôle clé dans la réalisation des PSI et ce, à toutes les étapes de la démarche (mobilisation, coordination de la rencontre, suivi). En particulier, c'est lui qui effectue le « pont » entre le volet clinique de la démarche et son volet administratif complémentaire;
- *La mise en place d'une structure de collaboration munie de ressources concrètes et flexibles*, qui permet d'encadrer et de soutenir le travail clinique des intervenants;
- *L'existence d'une bonne collaboration déjà établie entre les établissements* qui sert d'assise sur laquelle s'appuient les rencontres PSI;
- *L'adhésion forte au PSI* notée fréquemment dans le discours des membres des ÉIJ, qui fait en sorte que ces derniers déploient les moyens nécessaires afin de s'assurer de mener la démarche à terme ;
- *La systématisation/formalisation des façons de faire associées au PSI*, élaborée avec l'expérience, qui permet de structurer plus efficacement la démarche pour les intervenants en la rendant plus régulière et plus ordonnée ; et

- Enfin, il ressort que le *temps* représente une variable cruciale qui détermine l'efficacité des équipes à produire des PSI, en particulier par son impact sur plusieurs des variables énoncées ci-dessus. De façon générale, plus les équipes gagnent en maturité, meilleures elles deviennent à négocier la démarche et plus leurs taux de PSI augmentent.

Les résultats présentés dans ce mémoire sont au départ dérivés du contexte spécifique des ÉIJ et ils doivent en conséquence être généralisés avec beaucoup de prudence. La démarche du plan de services mise sur des ressources beaucoup plus importantes au sein des ÉIJ que dans l'ensemble du réseau et ceci explique en majeure partie pourquoi elles sont plus efficaces à réaliser des PSI que les intervenants, lesquels se retrouvent généralement pris avec l'entière responsabilité de la démarche, démunis de soutien et de moyens.

Cela dit, il est bien évident qu'il serait irréaliste, compte tenu des limites financières du Ministère, de s'attendre à ce qu'une structure comme celle des ÉIJ soit implantée à grande échelle dans le réseau pour assurer l'ensemble de la préparation des PSI. Il ne faut pas perdre de vue que les ÉIJ représentent une solution destinée à résoudre des situations particulièrement *complexes*; il est peu probable que des ressources aussi importantes soient nécessaires pour assurer la réalisation des PSI dans des situations qui ne comportent pas d'impasses majeures au niveau clinique et/ou administratif. Nonobstant cela, certains constats présentés dans ce mémoire demeurent intéressants pour le réseau dans son ensemble et peuvent être inspirants pour une multitude d'acteurs concernés par les pratiques PSI, incluant en particulier les décideurs politiques.

D'abord, les résultats de l'analyse mettent l'accent sur l'importance de la *coordination* de la démarche, non seulement au moment des rencontres comme telles, mais également lors de la mobilisation des partenaires et du suivi des situations. Un intervenant peut très difficilement effectuer à lui seul les travaux de liaison, d'organisation et d'animation réalisés par un coordonnateur indépendant, attiré spécifiquement à cette fonction. L'analyse des ÉIJ a montré que la présence d'un individu-clé, muni du statut, des ressources et des habiletés nécessaires, et donc mieux armé pour endosser la démarche, peut faire une énorme différence dans le succès du processus PSI. Cette étude suggère en conséquence qu'il serait intéressant d'explorer des avenues et des modèles où la coordination des plans de services serait assurée avant tout par des personnes désignés ou des « *mandataires* », spécialistes de la coordination de services et des relations interdisciplinaires.

Une autre implication de cette étude se situe au niveau de l'*engagement et du soutien administratif*. Les intervenants qui ont participé aux rencontres de plan de services organisées dans le cadre des ÉIJ ont grandement apprécié l'encadrement administratif offert par les agents de liaison. La littérature souligne pareillement l'importance de l'engagement des différents niveaux organisationnels dans le succès d'une entreprise de collaboration inter-établissements. Cette étude suggère que des formules qui intègrent l'investissement et le soutien des paliers administratifs comme éléments centraux de la démarche du plan de services devraient être considérées dans le développement de réformes destinées à améliorer l'état des pratiques PSI dans le réseau.

Une dernière implication concerne l'*effet structurant des ÉIJ*. Comme il a été vu, les équipes procurent une façon de faire organisée, un mode de fonctionnement bien défini à la démarche PSI qui facilite l'expérience des intervenants. Par contraste, il semble qu'il n'existe pas de démarche claire et formelle dans l'ensemble du réseau pouvant guider l'élaboration des plans de services (malgré les multiples formations, guides de référence, etc.). Lamarre (1998) souligne que les établissements possèdent chacun leur mode de fonctionnement et leurs procédures propres en lien avec les PSI et que cette hétérogénéité des pratiques nuit à leur réalisation. Les résultats de ce mémoire laissent croire que le développement d'une structure de fonctionnement formelle, partagée et acceptée par l'ensemble des établissements du réseau, pourrait représenter une première étape importante dans le perfectionnement des pratiques PSI. Idéalement, une telle structure devrait prévoir des dispositifs permettant de réduire l'écart entre les niveaux administratifs et cliniques et faire en sorte que la démarche bénéficie d'un engagement organisationnel plus étendu.

En conclusion, l'étude des ÉIJ a permis de développer une compréhension plus complète et plus fine des facteurs qui facilitent la réalisation des plans de services. Sans fournir de réponses péremptoires et directement généralisables à l'ensemble du réseau, elle fournit tout de même plusieurs pistes et angles d'approche à partir desquels il sera possible d'analyser les enjeux du PSI dans le futur. Il ne reste qu'à espérer que d'autres investigations et d'autres évaluations constructives seront initiées afin de préciser davantage les conditions qui permettront de faire progresser l'état des pratiques PSI et ainsi d'assurer que les usagers bénéficient bel et bien des services coordonnés et continus auxquels ils ont droit.

IX. RÉFÉRENCES

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labour*. Chicago: University of Chicago Press.
- Abramson, J. S. (1990). Making teams work. *Social work with groups*, 12, 45-62.
- Abramson, J. & Mizrahi, T. (1996). When social workers and physicians collaborate: Positive and negative interdisciplinary experiences. *Social Work*, 41, 270-281.
- Ahearn, K.K., Ferris, G.R., Hochwarter, W.A., Douglas, C., & Ammeter, A.P. (2004). Leader political skill and team performance. *Journal of Management*, 30(3), 309-327.
- Alexander, E.R. (1995). *How organizations act together: Interorganizational coordination in theory and practice*. Milwaukee: Gordon and Breach Publishers.
- Alpert, H. B., Goldman, L. D., Kilroy, C. M. & Pike, A. W. (1992). 7 gryzmish: Toward an understanding of collaboration. *Nursing Clinics of North America*, 27, 47-59.
- Amery J. (2000) Interprofessional working in Health Action Zones: how can this be fostered and sustained?. *Journal of Interprofessional Care*, 14, 27-30.
- Bales, R. (1954). In conference. *Harvard Business Review*, 32(2), 44-50.
- Bardach, E. (1996). Turf barriers to interagency collaboration. Dans D.F. Ketti & H.B. Milward (Éds.), *The state of public management* (pp. 168-192). Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Bass, B.M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. New York, NY: Free Press.
- Blake, R. R., & McCause, A.A. (1991). *Leadership dilemmas -grid solutions*. Houston: Gulf.
- Boisvert, D. (Éd.). (1995). *Le plan de services individualisé, Participation et animation*, Cap-Rouge : Presses Inter Universitaires.
- Borrill, C.S., Carletta, J., Carter, A.J., Dawson, J.F., Garrod, S., Rees, A., Richards, A., Shaprio, D. & West, M.A. (2000). *The Effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service*. Université de Aston, Université de Leeds & Université de Glasgow.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge : Harvard University Press.
- Bronstein, L.R. (2002). Index of interdisciplinary collaboration. *Social Work Research*, 26(2), 113-126.
- Bronstein, L.R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 48(3), 297-306.
- Burd, A., Cheung, K. W., Ho, W. S., Wong, T. W., Ying, S. Y. & Cheng, P. H. (2002). Before the paradigm shift: concepts and communication between doctors and nurses in a burns team. *Burns*, 28, 691-695.
- Burns, J.M. (1978). *Leadership*. New York: Harper & Row.
- Campbell, D.T., & Fiske, D.W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
- Cigno, K., & Gore, J. (1998). *An Evaluation of the Multi-Agency Children's Centre, Walker Street*. Hull: University of Hull.
- Chambers, C.C. (2003). *Group leadership skills (4th éd.)*. New York: Springer.
- Champagne, N. (1992). Plan de services individualisé : concept théorique et pratique, *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 3(1), 59-73.
- Clark, P. G. (1995). Quality of life, values, and teamwork in geriatric care: Do we communicate what we mean? *Gerontologist*, 35, 402-411.
- Clark, P. G. (1997). Values in health care professional socialization: Implications for geriatric education in interdisciplinary teamwork. *Gerontologist*, 37, 441-451.
- Cook, T.D. (1985). Post-positivist critical multiplism. Dans L. Shotland & M. Marks (Éds.), *Social science and social policy*. Beverly Hills, Ca: Sage Publications.
- Cook G., Gerrish K. & Clarke C. (2001). Decision-making in teams: issues arising from two UK evaluations. *Journal of Interprofessional Care*, 15, 141-151.
- Costongs, C., & Springett, J. (1997). Joint working and the production of a City Health Plan: The Liverpool experience. *Health Promotion International*, 12(1), 9-19.
- D'amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17, 68-94.

- D'amour, D., Beaulieu, M. D., San Martin Rodriguez, L., & Ferrada-Videla, M. (2004a). Key elements of collaborative practice & frameworks: Conceptual basis for interdisciplinary practice. Dans *Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice: Research and findings report* (pp. 63-89). Ottawa, ON: Santé Canada.
- D'amour, D., Ferrada, M., San Martin-Rodriguez, L., & Beaulieu, M.D. (2005). The Conceptual Basis for Interprofessional Collaboration: Core Concepts and Theoretical Frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(s1), 116-131.
- Dagenais, C., Larivière, C., Dutil, J., Dupont, D., & Brière, F. (en préparation). *Évaluation et suivi de l'implantation des équipes d'intervention jeunesse (ÉIJ), Rapport d'évaluation de l'an II, Avril 2004-mars 2005*. Montréal : Université de Montréal & Centre de Liaison sur l'Intervention et la Prévention Psychosociales (CLIPP).
- Daly, C. (1991). *Coordination of child abuse services : Beyond the structural determinants*. Thèse doctorale, Florida State University, Tallahassee.
- Darlington, Y., Feeney, J.A. & Rixon, K. (2004). Complexity, conflict and uncertainty: Issues in collaboration between child protection and mental health services. *Children and Youth Services Review*, 26, 1175-1192.
- Denzin, N.K. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. New York: McGraw-Hill.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2000). *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Despins, S. (1995). Des services planifiés. Dans D. Boisvert (Éd.), *Le plan de services individualisé, participation et animation* (pp. 59-80). Québec : Presses Inter Universitaires.
- Dionne, S.D., Yammarino, F.J., Atwater, L.E. & Spangler, W.D. (2004). Transformational leadership and team performance. *Journal of Organizational Change Management*, 17(2), 177-193.
- Domestic Violence Prevention Unit. (2000). *Literature review on models of coordination and integration of service delivery* [ISBN: 0730726266]. Women's Policy Unit: Government of Western Australia.
- Dowling B., Powell, M. & Glendinning, C. (2004). Conceptualising successful partnerships. *Health and Social Care in the Community*, 12(4), 309-317.
- Edmondson, A. (2003). Speaking up in the operating room: how team leaders promote learning in interdisciplinary action teams. *Journal of Management Studies*, 40(14), 19-52.

- Farrell, M.P., Schmitt, M.H. & Heinemass, G.D. (2001). Informal roles and the stages of interdisciplinary team development. *Journal of interprofessional care*, 15(3), 281-295.
- Flick, U. (2002). *An introduction to qualitative research* (2nd Ed.). London: Sage.
- Freeman, M. Miller, C. & Ross, N. (2000). The impact of individual philosophies of teamwork on multi-professional practice and the implications for education. *Journal of Interprofessional Care*, 14(3), 237-247.
- Freer, R. K. (1997). *Interprofessional case coordination in family preservation services*. Thèse de doctorat, Case Western University, Cleveland, Ohio.
- Friend, M. & Cook, L. (2000). *Interactions: Collaboration skills for school professionals* (3rd Ed.). White Plains, NY: Longman Publishers.
- Friesen, B.J. & Briggs, H.E.. (1995). The organisation and structure of service coordination mechanisms. Dans B.J. Friesen & J. Poertner (Eds.), *From case management to service coordination for children with emotional, behavioral, or mental disorders: building on family strengths* (pp. 63-94). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Gamm, L. D., & Benson, K. J. (1998). The influence of governmental policy on community health partnerships and community care networks: An analysis of three cases. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 23(5), 771-794.
- George, J. M. (2000). Emotions and leadership: the role of emotional intelligence. *Human Relations*, 53, 1027-1055.
- Glaser, B.G. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B.G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Gottfried, S.C. (2002). *Elements of effective collaboration: Life stories of expert collaborators*. Thèse de doctorat inédite, University of North Carolina, Greensboro, North Carolina.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Hage, J. (1986). Conceptualizing mental health delivery systems: Organizational theory applied. Dans W.R. Scott & B.L. Black (Eds), *The organization of mental health services: societal and community systems* (pp. 53-76). Beverly Hills: Sage publications.

- Hall, P. & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. *Medical Education*, 35, 867-875.
- Harker, R.M., Dobel-Ober, D., Berridge, D. & Sinclair, R. (2004). More than the sum of its parts? Inter-professional working in the education of looked after children. *Children & Society*, 18(3), 179-193.
- Henkin, A., & Dee, J. R. (1998). Collaboration in human services: Skills assessment for effective interpersonal communication. *Professional Development*, 1(1), 22-30.
- Henneman, E. A., Lee, J. L., & Cohen, J. I. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 103-109.
- Hill, S.E.K. (1997). Team leadership theory. Dans P.G. Northouse (Éd.), *Leadership. theory and practice* (pp. 159-183). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hill, S.E.K. (2001). Team leadership. Dans P.G. Northouse (Éd.), *Leadership. theory and practice (2^e Éd.)* (pp. 161-187). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hodges, S., Hernandez, M., & Nesman, T. A. (2003) Developmental framework for collaboration in child-serving agencies. *Journal of Child and Family Studies*. 12(3), 291-305.
- Hoepfl, M.C. (1997). Choosing Qualitative Research: A Primer for Technology Education Researchers. *Journal of Technology Education*, 9(1), 47-63.
- Huxham, C. & Vangen, S. (2000). Ambiguity, Complexity and Dynamics in the Membership of Collaboration. *Human Relations*, 53(6), 771-806.
- Jones, L. & Way, D. (2004). *Literature review report, Delivering primary health care to Canadians: nurse practitioners and physicians in collaboration*. Ottawa, ON: Canadian Nurse Practitioner Initiative (CNPI).
- Johnson, B.R. (1997). Examining the validity structure of qualitative research. *Education*, 118(3), 282-292.
- Jones, R.A.P. (1997). Multidisciplinary collaboration: conceptual development as a foundation for patient-focused care. *Holistic Nursing Practice*, 11(3), 8-16.
- King, S. (2000). Building trust among members of a work team. *Group facilitation: A Research and Applications Journal*, 2(2), 15-21.
- Lamarre, J. (1998). *Vers une meilleure participation sociale des personnes qui présentent une déficience intellectuelle, Une étude sur l'état d'implantation des orientations ministérielles de 1988 en matière de déficience intellectuelle*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Laperrière, A. (1997). La théorisation ancrée (grounded theory): démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. Pirès (Éds.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*, (pp. 309-340). Boucherville: Gaétan Morin.
- Lewandowski, C.A. & Glenmayer, L.F. (2002). Teams in child welfare settings: Interprofessional and collaborative processes. *Families in Society*, 83(3), 245-257.
- Lindeke, L. L. & Block, D. E. (1998). Maintaining professional integrity in the midst of interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, 46, 213 -218.
- Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux (LSSSS), L.R.Q., c. S-4.2.*
- MacIntosh, J. & McCormack, D. (2001). Partnerships identified within primary health care literature. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 547-555.
- Mariano, C. (1999). The case for interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, 37(6), 285-8.
- Martin, V. (2000). Managing value conflicts. *Nursing Management*, 7(5), 26-29.
- Mattesich, P., Murray-Close, M., & Monsey, B. (2001). *Collaboration: What makes it work. A review of research literature on factors influencing successful collaboration*. (2e Éd.). Saint Paul, MN: Amerst H. Wilder Foundation.
- McCallin, A. (2001). Interdisciplinary practice, a matter of teamwork: an integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 419-428.
- Mechanic, D., & Aiken, L. (1987). Improving the health care of patients with chronic mental illness. *New England Journal of Medecine*, 317(26), 1634-1638.
- Mickan, S. & Rodger, S. (2000). Charateristics of effective teams: a literature review. *Australian Health Review*, 23(3), 201 – 208.
- Miller, S. (1997). Midwives' and physicians' experiences in collaborative practice: A qualitative study. *Women's Health Issues*, 7, 301-308.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux [MSSS]. (1993). *Formation PSI, Séminaire de sensibilisation à la démarche du plan de services individualisé, Guide d'animation*, Québec : Publications du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux [MSSS]. (2005). *Offre de service, Programme jeunes en difficulté*. Québec : Document de travail.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). (Non daté). *Paramètres d'implantation des Équipes d'Intervention Jeunesse*. Québec.

- Molyneux, J. (2001). Interprofessional teamworking: What makes teams work well? *Journal of Interprofessional Care*, 15, 29-35.
- Morrison, T. (2000). Working together to safeguard children: Challenges and changes for inter-agency co-ordination in child protection. *Journal of Interprofessional Care*, 14(4), 363-373.
- Morrison, T. (1996). Partnership and collaboration: rhetoric and reality. *Child Abuse and Neglect*, 20(2), 127-140.
- Mouzakitis, C. & Goldstein, S. (1985). A multidisciplinary approach to treating child neglect. *Social Casework*, 66(4), 218-224.
- Muffi, L.A. (2004). *When things come together: A case study of interorganizational collaboration*. Thèse de doctorat inédite, University of Rutgers, NJ, New Jersey.
- Office des Personnes Handicapées du Québec [OPHQ]. (1984). *À part...égale, L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*. Drummondville. Publications du Québec.
- Office des Personnes Handicapées du Québec [OPHQ]. (2003). *La problématique du plan de services de la personne*. Drummondville. Publications du Québec.
- Olson, L.M. (2003). Pathways to Collaboration. *Reclaiming Children Youth*, 11(4), 236-239.
- Orchard, C.A., Curran, V. & Kabene, S. (2005). Creating a Culture for Interdisciplinary Collaborative Professional Practice. *Medical Education Online* [online journal], 10, 1-13.
- Paradis, M. & Gagnon, C. (1995). *Bilan du projet « PSI – La Boussole » : Un modèle de plan de services individualisé (PSI) axé sur le « case management »*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec et Office des personnes handicapées du Québec.
- Patton, M. Q. (1986). *Utilization-focused evaluation* (2nd ed.). Newbury Park, CA, Sage Publications.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Patton, M.Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Resumé*, 34, 1189-1208.

- Pirola-Merlo, A., Härtelb, C., Mannc, L., & Hirst, G. (2002). How leaders influence the impact of affective events on team climate and performance in R&D teams. *The Leadership Quarterly*, 13, 561-581.
- Poulton, B. & West, M. (1993). Effective multidisciplinary teamwork in primary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 918-925.
- Reese, D.J. & Sontag, M.A. (2001). Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Health & Social Work*, 26(3), 167-176.
- Reitan, T.C. (1998). Theories of interorganizational relations in the human services. *Social Service Review*, 72(3), 285-309.
- Rogers, T. (2004). Managing in the interprofessional environment: A theory of action perspective. *Journal of Interprofessional Care*, 18(3), 239-249.
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M.D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(s1), 132 -147.
- Satin, D. G. (1994). A conceptual model for working relationships among disciplines and the place of interdisciplinary education and practice: clarifying muddy waters. *Gerontology and Geriatrics Education*, 14, 3-24.
- Schofield, R.F. & Amodeo, M. (1999). Interdisciplinary teams in health care and human settings: are they effective?. *Health and Social Work*, 24(3), 210-219.
- Schulz AJ, Israel BA, Lantz, P. (2003). Instrument for evaluating dimensions of group dynamics within community-based participatory research partnerships. *Evaluation and Program Planning*, 26(3), 249-262.
- Scott, D. (2005). Inter-organisational collaboration in family-centred practice: A framework for analysis and action. *Australian Social Work*, 58(2), 132-141.
- Sicotte, C., D'amour, D. et Moreau, M.P. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. *Social Science and Medecine*, 55, 991-1003.
- Sloper, P. (2004). Facilitators and barriers for co-ordinated multi-agency services. *Child: Care, Health & Development*, 30(6), 571-580.
- Stichler, J. F. (1995). Professional interdependence: The art of collaboration. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 1, 53-61.
- Stobbs, P. (1995). *Making it work together: advice on joint initiatives between education and social services departments*. National Children's Bureau: London.

- Strauss, A.L., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Sullivan, H., & Skelcher, C. (2002). *Working across boundaries: Collaboration in public services*. Basingstoke: Palgrave Macmillian.
- Tichy, N.M. & DeVanna, M.A. (1986). *The Transformational Leader*. New York: John Wiley.
- Vangen, S. & Huxham, C. (2003). Nurturing Collaborative Relations: Building Trust in Interorganizational Collaboration. *Journal of Applied Behavioral Science*, 39, 5-31.
- Vérificateur Général du Québec. (2004). *Rapport à l'assemblée nationale pour l'année 2003-2004, Tome I*. Québec : Publications du Québec.
- Vérificateur Général du Québec. (1998). *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 1997-1998, Tome II*. Québec : Publications du Québec.
- Walsh, M. E., Brabeck, M. M. & Howard, K. A. (1999). Interprofessional collaboration in children's services: Toward a theoretical perspective. *Children's Services: Social Policy, Research and Practice*, 2(4), 183-208.
- Walter, U.M. & Petr, C.G. (2000). A template for family-centered interagency collaboration. *Families in Society*, 81(5), 494-503.
- Warren, M. L., Houston, S., & Luquire, R. (1998). Collaborative practice teams: from multidisciplinary to interdisciplinary. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 2, 95-98.
- Webb, A. (1991). Co-ordination: a problem in public sector management. *Policy and Politics*, 19(4), 229-241.
- Webb, R., & Vulliamy, G. (2001). Joining up the solutions: The rhetoric and practice of inter-agency cooperation. *Children and Society*, 15, 315-332.
- West, M. A., Borril, C. S. & Unsworth, K. L. (1998). Team effectiveness in organizations. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 13, 1-48.
- Wigfall, V., & Moss, P. (2001). *More than the Sum of its Parts/ A Study of a Multi-Agency Child Care Network*. Joseph Rowntree Foundation/National Children's Bureau: York.
- Wildridge, V., Childs, S., Cawthra, L., & Madge, B. (2004). How to create successful partnerships: a review of the literature. *Health Information and Libraries Journal*, 21(s1), 3-19.

Zaccaro, S. J., Rittman, A. L., & Marks, M. A. (2001). Team leadership. *The Leadership Quarterly*, 12, 451-483.

Zaccaro, S. J. (2002). Organizational leadership and social intelligence. Dans R. E. Riggio, S. E. Murphy, & F. J. Pirozzolo (Éds.), *Multiple intelligences and leadership* (pp. 29-54). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

ANNEXE I
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT UTILISÉ
AVEC TOUS LES PARTICIPANTS (SAUF
LES FAMILLES)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je consens librement à participer à « **l'évaluation de l'implantation des équipes d'intervention jeunesse** ». Ma contribution implique 1) la participation à une entrevue individuelle à questions ouvertes d'une durée de _____.

Je comprends que :

- 1) L'objectif principal de la recherche consiste identifier quels sont les facteurs qui contribuent à une utilisation efficiente des ressources pour la mise en place des ÉIJ et assurant leur fonctionnement efficace.
- 2) L'entretien sera enregistré sur bande magnétique audio.
- 3) Toutes les informations livrées lors de la séance seront traitées d'une façon confidentielle et l'anonymat concernant toutes les données sera préservé.
- 4) Je pourrai consulter le rapport final.
- 5) En tout temps je peux cesser ma participation sans risque d'aucun préjudice.

Participant(e) (nom en caractère d'imprimerie)

Signature du participant

Témoin (chercheur)

Date

ANNEXE II
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
UTILISÉ AVEC LES FAMILLES

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je consens librement à participer à « **l'évaluation de l'implantation des équipes d'intervention jeunesse** ». Ma contribution implique 1) la participation à une entrevue individuelle à questions ouvertes d'une durée de _____.

Je comprends que :

- 6) L'objectif principal de la recherche consiste identifier quels sont les facteurs qui contribuent à une utilisation efficiente des ressources pour la mise en place des ÉIJ et assurant leur fonctionnement efficace.
- 7) L'entretien sera enregistré sur bande magnétique audio.
- 8) Toutes les informations livrées lors de la séance seront traitées d'une façon confidentielle et l'anonymat concernant toutes les données sera préservé.
- 9) Je pourrai consulter le rapport final.
- 10) En tout temps je peux cesser ma participation sans risque d'aucun préjudice.
- 11) Compte tenu du temps que j'accepte de consacrer à cette étude, une compensation de 20\$ me sera versée.

Participant(e) (nom en caractère d'imprimerie)

Signature du participant

Témoin (chercheur)

Date

ANNEXE III
GRILLE D'ENTRETIEN UTILISÉ
POUR LES ÉTUDES DE CAS

Études de cas auprès de 30 familles

Janvier 2005

Grille d'entrevue destinée aux agents de liaison référents

1. Rappel du contexte de la recherche

Cette évaluation devrait permettre de documenter la trajectoire de service des familles qui sont traitées par les É.I.J et les avantages qu'elles peuvent en tirer.

- Afin de documenter les effets des É.I.J, nous comptons, lors de nos visites annuelles dans chacune des régions, procéder à des entretiens individuels avec des intervenants pivots, des agents de liaison référents, des familles et les coordonnateurs-trices afin de reconstruire la trajectoire de service pour un échantillon d'une trentaine de situations traitées. L'analyse des données provenant de ces entretiens permettra de répondre aux questions suivantes :
 - Quel est le profil des situations amenées à l'É.I.J?
 - L'É.I.J a-t-elle permis de dépasser les impasses cliniques et administratives?
 - Quels sont les avantages pour les enfants et leur famille découlant des services de coordination offerts par l'É.I.J ?
- Cette entrevue aura une durée d'environ 45 minutes.
- Remplir feuille de consentement / fiche des répondants-es

A. Avant toute chose, pouvez-vous me dire comment cette situation vous a été présentée, et par qui?

B. Pouvez-vous me décrire plus précisément le contexte familial, les problématiques rencontrées?

C. Quel était le rôle joué par les partenaires? (interventions menées par le passé et nature des relations entre les partenaires au moment où l'ÉIJ a été mobilisée)

Études de cas auprès de 30 familles

Janvier 2005

D. Quels sont les critères ou éléments qui vous ont amené à proposer cette situation à l'ÉIJ?

- Pourquoi les interventions ou les mécanismes en place ne fonctionnaient pas avant?
- Pourquoi l'ÉIJ plutôt que toute autre structure?
- À partir de quand une situation devient pertinente pour les ÉIJ?
- Pour le Ministère de la santé et des services sociaux l'ÉIJ s'adressent d'abord aux situations complexes. Comment définir « la complexité de cette situation particulière »?

E. Selon vous, qu'est-ce que l'ÉIJ pouvait apporter à la famille?

F. (Si l'agent de liaison référent a été impliqué par la suite dans le suivi de cette situation...)

Pourriez-vous revenir brièvement sur le déroulement de ce qui a été fait dans le cadre de l'équipe d'intervention jeunesse (la trajectoire de services).

- Nature des discussions à l'ÉIJ (les orientations, les décisions).
- Rôle joué par chacun des partenaires (CJ, CLSC, CS).
- **Un PSI a-t-il été réalisé ?** (Participation de la famille dans la démarche. Y a-t-il eu des révisions?)

G. Dans le cadre de cette situation particulière, avez-vous été confrontés à des obstacles?

- Obstacles & famille ou jeune.
- Obstacles & ÉIJ.

H. Quels sont les éléments ou facteurs qui ont pu faciliter les interventions?

- Facilitateurs & famille ou jeune.
- Facilitateurs & ÉIJ.

(Relation avec les partenaires; lien de confiance; collaboration des familles ou du jeune...)

I. Quels ont été pour vous (quels sont pour vous) les éléments de satisfaction ou d'insatisfaction dans le suivi de cette situation?

J. Que pourriez-vous ajouter en guise de conclusion?

Études de cas auprès de 30 familles

Janvier 2005

Grille d'entrevue destinée aux coordonnateurs et intervenants pivot

1. Rappel du contexte de la recherche

Cette évaluation devrait permettre de documenter la trajectoire de service des familles qui sont traitées par les É.I.J et les avantages qu'elles peuvent en tirer.

- Afin de documenter les effets des É.I.J, nous comptons, lors de nos visites annuelles dans chacune des régions, procéder à des entretiens individuels avec des intervenants pivots, des agents de liaison référents, des familles et les coordonnateurs-trices afin de reconstruire la trajectoire de service pour un échantillon d'une trentaine de situations traitées. L'analyse des données provenant de ces entretiens permettra de répondre aux questions suivantes :
 - Quel est le profil des situations amenées à l'É.I.J?
 - L'É.I.J a-t-elle permis de dépasser les impasses cliniques et administratives?
 - Quels sont les avantages pour les enfants et leur famille découlant des services de coordination offerts par l'É.I.J ?
- Cette entrevue aura une durée d'environ 45 minutes.
- Remplir feuille de consentement / fiche des répondants-es

A. Pouvez-vous me parler de la situation de cette famille au moment où elle a été amenée à l'ÉIJ?

- Décrire la composition familiale / Décrire la problématique (attitude des parents face aux intervenants, capacité d'exprimer ses besoins, dynamique de triangulation, collaboration, etc.).
- Quand a été présenté le cas? Par qui?
- Décrire l'offre de services (absence de services, trop de services, tensions, indétermination diagnostic, etc.).
- Quel était le rôle joué par les partenaires? (interventions menées par le passé – collaboration entre les partenaires)

B. Au nom de quels critères croyez-vous que cette situation est passée à l'ÉIJ ?

- Avant la mobilisation de l'ÉIJ, des demandes ont-elles été initiées en vue de réaliser un PSI?

- Pourquoi les interventions ou les mécanismes en place ne fonctionnaient pas avant?
- Pourquoi l'ÉIJ plutôt que toute autre structure?
- À partir de quand une situation devient pertinente pour les ÉIJ?
- Pour le Ministère de la santé et des services sociaux l'ÉIJ s'adressent d'abord aux situations complexes. Comment définir « la complexité de cette situation particulière »?

C. Pourriez-vous revenir sur le déroulement de ce qui a été fait dans le cadre de l'équipe d'intervention jeunesse (la trajectoire de services).

- Comment le cas a-t-il été introduit?
- Processus qui a conduit à la désignation de l'intervenant pivot.
- Nature des discussions à l'ÉIJ (les orientations, les décisions).
- Rôle joué par chacun des partenaires (CJ, CLSC, CS).

D. Un PSI a-t-il été réalisé ? (détails entourant la démarche).

- Participation de la famille dans la démarche?
- Participation des autres intervenants?
- Avez-vous le sentiment que tous les partenaires ont tenu compte de la réalité et des limites de la famille? (en demande-t-on trop, parfois, à la famille?)
- Les familles sont-elles préparées à la réunion PSI?

- Y a-t-il eu des révisions du PSI? (DES CHANGEMENTS SONT-ILS INTERVENUS?)

- Quels sont les motifs qui font qu'une situation discutée à l'É.I.J ne conduit pas à une offre de services coordonnée par un PSI (ou son équivalent) (INSISTER, DEMANDER DES EXEMPLES)?

D. Selon vous, qu'est-ce que l'ÉIJ a apporté à la famille? (les avantages...)

E. Dans le cadre de cette situation particulière, avez-vous été confrontés à des obstacles?

- Obstacles & famille ou jeune.
- Obstacles & ÉIJ.

F. Quels sont les éléments ou facteurs qui ont pu faciliter les interventions?

- Facilitateurs & famille ou jeune.
- Facilitateurs & ÉIJ.

(Relation avec les partenaires; lien de confiance; collaboration des familles ou du jeune...)

Etudes de cas auprès de 30 familles

Janvier 2005

F. Pourquoi et dans quelles circonstances l'ÉIJ s'est retiré du dossier? (Ou... quand considérerez-vous qu'il devient pertinent que l'ÉIJ se retire de l'intervention?)

- La concertation entre les partenaires s'est-elle maintenue sans l'ÉIJ?
- Rôle de l'intervenant pivot après le retrait de l'ÉIJ?

H. Actuellement, quelle est la situation de la famille?

I. Quels ont été pour vous (quels sont pour vous) les éléments de satisfaction ou d'insatisfaction dans le suivi de cette situation?

J. Y a-t-il des clientèles pour lesquelles demeurent des vides de services?

J. Que pourriez-vous ajouter en guise de conclusion? OU... Nous allons procéder à l'analyse de tout ce matériel, y a-t-il des points ou des processus que vous aimeriez nous voir documenter davantage?

Études de cas auprès de 30 familles

Janvier 2005

Grille d'entrevue destinée aux familles

1. Rappel du contexte de la recherche

- Cette évaluation devrait nous permettre d'évaluer la qualité des services qui vous sont offerts.
- Pour mener à bien cette évaluation, nous allons rencontrer, un peu partout au Québec, des intervenants qui donnent des services et des personnes qui reçoivent ces services.
- Cette entrevue aura une durée d'environ 30 minutes.
- Cette entrevue est enregistrée (rappel des mesures de confidentialité).
- Comme cette entrevue va prendre un peu de votre temps, nous tenons à vous offrir une compensation de 20 \$
- Remplir feuille de consentement / fiche des répondants-es

A. Avant toute chose, pouvez-vous me parler des services que vous avez reçus dans les deux, trois ou quatre dernières années? (médecins, spécialistes; intervenants sociaux, milieu scolaire, etc.)

B. Pouvez-vous nous donner davantage d'informations sur le rôle de chacun?

C. Est-ce que vous pensez avoir reçu les services dont vous aviez besoin?

- Rapidité des interventions
- Vous êtes-vous senti écouté?
- Aviez-vous votre mot à dire face aux intervenants?
- Pensez-vous que toutes les interventions ou tous les intervenants étaient utiles pour répondre à vos besoins?

D. Est-ce que vous connaissez le rôle de l'équipe d'intervention jeunesse?

E. Avez-vous déjà rencontré Monsieur ou Madame _____ coordonnateur-trice de l'équipe d'intervention jeunesse? (en quelle circonstance? Préciser son rôle, la nature de son intervention).

Études de cas auprès de 30 familles

Janvier 2005

F. Avez-vous signé un plan de services individualisé (PSI)?

- Pouvez-vous me dire comment se sont déroulées les rencontres avec l'ensemble des intervenants?
- Vous a-t-on bien informé des services que vous pouviez recevoir?
- Vous a-t-on bien expliqué les interventions avant que vous ne donniez votre consentement?
- Est-ce que tout ce qui a été prévu dans le PSI (contrat) a été respecté?

G. Est-ce que vous rencontrez encore des difficultés ou des problèmes qui ne sont pas pris en compte par les services ou les intervenants que vous côtoyez actuellement?

H. Y a-t-il des choses que vous avez appréciées (dont vous êtes satisfait-e) dans les services que vous recevez actuellement?

I. Y a-t-il des choses que vous n'appréciez pas dans les services que vous recevez actuellement?

J. Qu'est-ce que vous auriez à ajouter pour conclure cette entrevue?

ANNEXE IV
GRILLE D'ENTRETIEN UTILISÉ POUR
L'ÉTUDE APPROFONDIE DE 4 RÉGIONS

Grille d'entrevue destinée aux coordonnatrices

1. **Accueil par la coordonnatrice (30-45 minutes)**
 - Mise en contexte de la situation actuelle dans la région
-

2. **Rencontre 60-90 minutes**
 3. **Autorisation pour l'enregistrement**
 4. **Remplir feuille de consentement**
-

Contenu :

1. **Les défis perçus au niveau de la concertation**

2. **Les défis perçus au niveau de la coordination**

3. **Les clientèles pour lesquelles demeurent des carences de services.**

4. **Le soutien dont elle aimerait bénéficier (si nécessaire)**

5. **Perception du rôle joué par le répondant jeunesse de l'agence**

6. **L'utilisation de la marge de manœuvre ? (utilisation dans les faits et pertinence de la marge de manœuvre pour l'efficacité et la persistance des ÉIJ)**

Grille d'entrevue destinée aux agents de liaison (individuel)

1. Rappel du contexte de la recherche
 2. Autorisation pour l'enregistrement
 3. Remplir feuille de consentement
-

4. Rencontre de l'agent de liaison pendant 45 à 60 minutes

Contenu :

1. **Pouvez-vous me parler de votre rôle en tant qu'agent de liaison ?**
2. **Quels sont les critères pour amener un cas à l'ÉIJ ?**
(Qu'est-ce que ça prend pour amener un cas à l'ÉIJ ?)
3. **Selon vous, qu'est-ce qu'un cas complexe?**
4. **Quels sont les avantages de l'ÉIJ pour les familles?**
5. **Qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans le fonctionnement de l'ÉIJ ?**
6. **L'utilisation de la marge de manœuvre ? (utilisation dans les faits et pertinence de la marge de manœuvre pour l'efficience et la persistance des ÉIJ)**

Si rien ne peut être amélioré, demander **Pourquoi l'ÉIJ fonctionne ?**

Grille d'entrevue destinée aux agents de liaison (groupe)

- 1. Rappel du contexte de la recherche**
 - 2. Autorisation pour l'enregistrement**
 - 3. Remplir feuille de consentement**
-

4. Participation à la rencontre des agents de liaison pendant les 60 à 90 premières minutes

- Nous ne prévoyons pas effectuer une présentation des résultats mais, si nécessaire, nous serons disponibles pour répondre à vos questions sur le sujet;

Sujets traités lors de la rencontre :

- **L'évolution de l'implication des agents de liaison dans l'ÉIJ;**

- **L'apport de la coordination comme facilitateur de processus cliniques intégrés;**

- **Les défis face à la réalisation des PSI?**

- **L'utilisation de la marge de manœuvre ? (utilisation dans les faits et pertinence de la marge de manœuvre pour l'efficacité et la persistance des ÉIJ)**

- 5. Observation non participante** durant le reste de la rencontre afin de comprendre le mode de fonctionnement de l'équipe.

