

Université de Montréal

Le processus de collaboration interprofessionnelle  
à l'égard d'enfants à risque  
de négligence et de leurs familles

par  
Marcela Ferrada Videla  
Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès sciences (M.Sc.)  
en sciences infirmières

Mai 2002

© Marcela Ferrada Videla, 2002



WY

5

N58

2002

N. 015

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :  
Le processus de collaboration interprofessionnelle  
à l'égard d'enfants à risque de négligence et de leurs familles

Présenté par :

Marcela Ferrada Videla

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Dr. Hélène Lefebvre

.....  
président-rapporteur

Dr. Danielle D'Amour

.....  
directrice du mémoire

Dr. Marguerite Cognet

.....  
membre du jury

## *Sommaire*

La présente étude qualitative vise à approfondir la compréhension du processus de collaboration interprofessionnelle au sein d'équipes intervenant auprès d'enfants de 0-5ans à risque de négligence et de leurs familles, dans le cadre de l'intervention de première ligne au Québec. Les intervenants en CLSC, particulièrement les infirmières, ont une place privilégiée auprès des familles à risque de négligence et une responsabilité considérable dans la promotion de la santé et du bien-être, la prévention, le traitement et la protection des enfants considérés à risque de négligence. Nous avons choisi un devis d'étude de cas unique permettant d'approfondir notre compréhension de l'ensemble des relations de collaboration d'une équipe interprofessionnelle en CLSC. Deux questions de recherche ont orienté l'étude : 1) quel est le processus de collaboration interprofessionnelle dans le contexte de l'intervention à l'égard d'enfants à risque de négligence et de leurs familles et 2) quels sont les déterminants de la collaboration interprofessionnelle dans le contexte spécifique du risque de négligence. Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997) a été privilégié comme cadre de référence. Ce modèle inspiré de l'approche organisationnelle de Friedberg (1993) donne une armature intellectuelle et une structure flexible pour approfondir la compréhension du phénomène de la collaboration interprofessionnelle. La collecte des données s'est faite à partir de sources différentes : des entretiens semi-structurés auprès de six professionnels, de l'observation de neuf discussions cliniques, de l'analyse de documents et de la tenue d'un journal de bord. La présente étude confirme l'importance des quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1997) et met en lumière les différents défis du processus de collaboration interprofessionnelle dans le contexte de première ligne.

### *Abstract*

The present, qualitative study aims to forge new understanding of inter-professional collaboration processes amongst a clientele of children (0-5 years) at risk of negligence, as well as their families, within front-line interventions in Quebec. CLSC health professionals, especially nurses, hold a privileged position with families at risk of negligence and have a considerable amount of responsibility with respect to health and well being promotion, prevention, treatment and the protection of children considered at risk of negligence. We chose to conduct one case study which allowed for heightened comprehension of the ensemble of collaborative relations amongst an inter-professional, CLSC team. Two research questions guided the study: 1) What is the process of inter-professional collaboration in the context of interventions with children at risk of negligence and their families?, and 2) What are the determinants of inter-professional collaboration in the specific context of negligence (or the risk thereof)? The structural model of inter-professional collaboration (D'Amour, 1997) was privileged as the framework for the current study. This model, inspired by the organisational approach of Friedberg (1993), provides a solid intellectual foundation and a flexible structure in order to understand the phenomenon under study. Data was collected through different means: semi-structured interviews with six professionals; observation of nine clinical meetings; documentary analysis and the maintenance of a research journal. The present study confirms the importance of the four dimensions of D'Amour's (1997) structural model of inter-professional collaboration and brings to light the various challenges situated in the processes of front-line, inter-professional collaboration.

## *Table des matières*

<b>Sommaire</b> .....	<b>i</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>ii</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>iii</b>
<b>Dédicace</b> .....	<b>vi</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>vii</b>
<b>CHAPITRE I : LA PROBLÉMATIQUE</b> .....	<b>1</b>
Le but de l'étude .....	8
Les questions de recherche.....	9
<b>CHAPITRE II : LA RECENSION DES ÉCRITS</b> .....	<b>10</b>
La collaboration interprofessionnelle .....	11
La définition du concept de collaboration .....	12
La définition de l'équipe.....	14
<b>Déterminants de la collaboration interprofessionnelle</b> .....	<b>19</b>
Le système professionnel .....	19
Les déterminants interactionnels .....	21
Les déterminants organisationnels.....	22
<b>Recherches sur la collaboration en milieu communautaire au Québec</b> .....	<b>24</b>
<b>La négligence</b> .....	<b>26</b>
<b>L'historique du concept de la négligence</b> .....	<b>26</b>
La définition de la négligence .....	29
La définition légale .....	29
La définition sociale de la négligence.....	31
<b>Collaboration interprofessionnelle dans un contexte de négligence</b> .....	<b>32</b>
<b>Obstacles à l'intervention dans un contexte de négligence</b> .....	<b>36</b>
<b>Cadre de référence</b> .....	<b>40</b>
Prémises du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle.....	41
La dimension de formalisation .....	42
La dimension de finalisation .....	43
La dimension d'intériorisation .....	44
La dimension de la délégation.....	46

<b>CHAPITRE III : LA MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>48</b>
<b>Le devis de l'étude</b> .....	<b>49</b>
Définition opérationnelle des concepts à l'étude .....	51
<b>La sélection du milieu</b> .....	<b>51</b>
<b>La sélection des participants</b> .....	<b>53</b>
Description des participants .....	53
<b>Le déroulement de l'étude</b> .....	<b>53</b>
<b>La collecte des données</b> .....	<b>54</b>
<b>L'analyse des données</b> .....	<b>57</b>
La condensation des données .....	58
L'organisation et la présentation des données .....	59
L'interprétation et la vérification des conclusions .....	60
<b>Les critères de rigueur</b> .....	<b>60</b>
<b>Les considérations éthiques</b> .....	<b>62</b>
<b>CHAPITRE IV : LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS</b> .....	<b>63</b>
<b>Formalisation</b> .....	<b>64</b>
Coordination de l'intervention clinique .....	65
Modalités d'interactions cliniques .....	67
Gestion des demandes .....	75
<b>Finalisation</b> .....	<b>76</b>
Conception de la collaboration .....	76
Intérêts divergents .....	80
Transaction et intégration des résultats .....	82
<b>Intériorisation</b> .....	<b>83</b>
Processus d'interconnaissance .....	83
Établissement d'une relation de confiance .....	85
Partage des territoires professionnels .....	87
<b>Délégation</b> .....	<b>89</b>
Le comité PEF et le superviseur clinique .....	90
Le cadre de référence entre CLSC et les Centres jeunesse .....	91
<b>CHAPITRE V : LA DISCUSSION</b> .....	<b>92</b>
<b>Formalisation</b> .....	<b>93</b>
Les modalités cliniques formelles concrétisent la collaboration interprofessionnelle .....	93
La gestion de la demande du client détermine la participation clinique des professionnels .....	97
La participation du client exige que les professionnels adhèrent à une logique de collaboration .....	98
<b>Finalisation</b> .....	<b>100</b>
Le travail en équipe interprofessionnelle, une conception partagée .....	100

Des cadres de référence et facteurs de risque uniprofessionnels pour l'évaluation de l'enfant à risque de négligence .....	101
<b>Intériorisation</b> .....	<b>102</b>
Les modalités cliniques favorisent l'interconnaissance des professionnels .....	102
Le développement d'un lien de confiance est souhaité mais difficilement atteint par les professionnels .....	103
Les problématiques complexes forcent le chevauchement des pratiques professionnelles .....	104
<b>Délégation</b> .....	<b>105</b>
L'importance de la régulation de la collaboration interprofessionnelle .....	105
<b>Implications pour la pratique infirmière</b> .....	<b>106</b>
<b>Implications pour la recherche</b> .....	<b>107</b>
<b>Recommandations</b> .....	<b>109</b>
Recommandations pour les professionnels .....	109
Recommandations pour les gestionnaires .....	110
<b>Limites de l'étude</b> .....	<b>111</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>112</b>
<b>LES RÉFÉRENCES</b> .....	<b>113</b>
<b>APPENDICES</b> .....	<b>124</b>
<b>Appendice A</b> .....	<b>125</b>
Lettre-type pour solliciter la participation au projet de recherche .....	125
<b>Appendice B</b> .....	<b>128</b>
Renseignements aux participants .....	128
<b>Appendice C</b> .....	<b>131</b>
Formulaire de consentement pour participer à l'étude .....	131
<b>Appendice D</b> .....	<b>133</b>
Guide pour les entretiens.....	133
<b>Appendice E</b> .....	<b>135</b>
Guide d'observation.....	135
<b>Appendice F</b> .....	<b>137</b>
Liste des codes.....	137
<b>Appendice G</b> .....	<b>139</b>
Certificat d'Éthique .....	139

## **Dédicace**

*À mes enfants Martin, Marcial et Samuel pour la pureté de leur être*

*À ma mère Leontina pour avoir éveillé ma conscience sociale*

*À mon père René pour avoir ouvert mon esprit à la connaissance*

*À Eric, pour la tendresse et l'innocence*

## Remerciements

Je désire remercier ma directrice de mémoire, « *mi maestra* », Mme Danielle D'Amour, Ph.D., professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal d'avoir accepté de diriger ce mémoire. Je tiens à lui exprimer ma profonde gratitude pour son soutien, son respect, sa patience, et surtout son expertise pour m'avoir guidée dans ce projet qui me tenait à cœur.

Je remercie tout spécialement les six intervenants qui ont collaboré généreusement à la richesse de cette étude et qui ont contribué à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

Je veux remercier mes sources d'inspiration et d'énergie, mes enfants, *Martin, Marcial et Samuel* pour avoir permis que leur mère puisse accomplir l'un des ses rêves. Je veux également remercier mes parents; *René et Leontina* d'avoir eu le courage d'immigrer si loin de notre pays le Chili, et de m'offrir le plus beau des cadeaux soit celui de la connaissance. Je veux remercier mes sœurs et frères qui ont peuplé mon enfance et ma jeunesse des rires et de tendresse; *René, Mila, Angela, et Manuel*. Particulièrement, merci à *Marytza et à Beatriz* sans qui la maîtrise n'aurait été qu'un rêve inachevé.

Je veux remercier mes amies et collègues: *Anita Gonzalez, Margareth Zanchetta et Karina Daigle* pour leur support et leurs conseils tout au long du processus. Je veux remercier particulièrement *Pierrette Boivin*, pour son soutien continu, sa confiance et son amitié et à *Hamado Zoungrana*, pour ses conseils judicieux et son amitié. Merci à vous mes amis de toujours.

Enfin, des remerciements vont à tous ceux et celles qui, de près ou de loin, ont manifesté leur soutien au moment propice.

Merci à vous tous.... Los quiero eternamente

Chapitre I : La problématique

Dans le contexte de la réforme de la santé et des services sociaux québécois, les CLSC, partenaires essentiels dans l'organisation de la 1<sup>ère</sup> ligne, offrent tant aux individus qu'à la population, des services médicaux et sociaux devant être accessibles, efficaces et efficients (MSSS, 2000). L'avènement du virage ambulatoire a permis d'orienter plusieurs soins et services vers le milieu de vie de la personne. L'augmentation des exigences dues à cette réforme a entraîné un accroissement de services ambulatoires au détriment des services préventifs individuels et collectifs (RRSSSM/C, 2000). Ces services sont assurés par une gamme de professionnels, des médecins et d'autres professionnels de la santé et des services sociaux. Or, la commission Clair souligne que les interventions, particulièrement auprès des familles sont fragmentées au gré des initiatives de ces organisations, en fonction des ressources disponibles (MSSS, 2000).

Les CLSC, créés en 1972, ont favorisé l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles basées sur la collaboration interprofessionnelle comme mode d'organisation des services. Ce mode d'organisation est devenu la pierre angulaire dans la dispensation des services de santé de première ligne et constitue une innovation largement acceptée dans le discours des professionnels. La pratique montre les avantages mais aussi les écueils d'une telle organisation. Peu d'études portent sur ce mode de collaboration. Une meilleure compréhension de la collaboration interprofessionnelle est rendue nécessaire en réponse aux besoins de la clientèle qui placent de facto les professionnels en situation d'interdépendance (D'Amour, Sicotte, & Lévy, 1999)

Les équipes interprofessionnelles en CLSC interviennent face à plusieurs problématiques de santé. En 1992, l'examen de l'état de santé et de bien être de la

problèmes qui affectent le plus la société québécoise. La prévention des mauvais traitements, qui inclut la négligence envers les enfants de 0-5ans, vient en tête de liste des priorités nationales de santé publique (Regroupement des CLSC de la région de Montréal, 1999; RRSSS, 1998) ce qui rejoint le premier objectif de la Politique de la santé et du bien être qui est la diminution d'ici l'an 2002 des cas de négligence et la réduction des conséquences chez les enfants et leurs familles (MSSS, 1992). Les équipes interprofessionnelles des CLSC occupent donc une position stratégique pour établir un premier contact avec les familles présentant des besoins importants, telles que les familles à risque de négligence.

Dans la dernière décennie, le nombre de cas d'enfants signalés comme étant à risque de mauvais traitements, y compris de négligence, est passé aux États-Unis de 1,9 millions en 1985 à plus de 3,1 millions en 1994, soit une hausse de 63%. De ce nombre, 54% sont victimes de négligence (Wang, 1999; Kolbo & Strong, 1997). Au Québec, sur les 7105 signalements d'enfants âgés de 0-5 ans effectués durant l'année 1996-1997, 74,5% sont des cas de négligence. À Montréal, le nombre de signalements pour mauvais traitements, pour l'année 1997-98 était de 3501 cas. Parmi ces cas, la négligence vient au premier rang avec 1830 cas signalés et retenus, soit 52% de tous les signalements. De ce nombre, ce sont les enfants 0-5 ans qui sont les plus touchés (Centre jeunesse de Montréal, 1996-98). Cependant, ces données ne représentent que la pointe de l'iceberg car les statistiques ne retiennent que les cas jugés assez graves pour que l'intervention du Centre de Protection de la Jeunesse soit nécessaire. On estime que près de 90 % des cas ne sont pas déclarés aux organismes de protection de l'enfance (Statistiques Canada, 1999). Il nous apparaît donc important de développer une approche de collaboration

interprofessionnelle adaptée à cette problématique qui interpelle plusieurs professionnels de la santé.

Dans cette perspective, la présente étude traite de la collaboration interprofessionnelle dans les situations à risque de négligence chez les enfants de 0-5 ans. En effet, la connaissance du caractère multidimensionnel de la négligence pose des défis qu'aucun professionnel ne peut relever seul. L'augmentation alarmante du nombre de cas de négligence est devenue un problème de santé publique et exige l'engagement de tous les professionnels (Merrick & Browne, 1999). La détérioration des conditions de vie des familles et l'augmentation de problèmes sociaux de plus en plus complexes (Mayer, 1997) exhortent les professionnels à travailler en étroite collaboration. Finalement, la négligence engendre des coûts non seulement en terme des traumatismes aux enfants victimes de négligence mais aussi en termes économiques pour la société qui en prend soin (McCloskey & Maas, 1998).

Parmi toutes les formes de mauvais traitements, la négligence infantile s'avère un défi pour l'équipe interprofessionnelle car elle est difficile à identifier. En effet, elle se présente généralement de façon diffuse, envahissant progressivement plusieurs dimensions de la vie de l'enfant. Elle se confond facilement avec les multiples problèmes qui affectent souvent la famille (Mayer-Renaud, Pierre-Louis, & Tessier-Thibaudeau, 1992). De plus, il s'avère difficile d'intervenir car il s'agit là d'une problématique multidimensionnelle qui chevauche l'expertise de plusieurs disciplines, et risque ainsi de générer des conflits dans le partage des responsabilités des professionnels impliqués. En outre, les professionnels travaillent très souvent de façon isolée, sans concertation et avec des ressources réduites, ce qui entraînent chez eux des sentiments d'impuissance, d'isolement et les obligent à poser des actions très partielles face à un

problème très complexe (Forum Négligence, 1998). En somme, l'intervention morcelée du milieu socio-médical peut être un facteur qui contribue à perpétuer la situation de négligence vécue par les enfants et leurs familles (Comité de la Protection de la jeunesse, 1984; Forum Négligence, 1998). Plusieurs auteurs reconnaissent l'établissement d'une meilleure collaboration comme moyen essentiel de l'intervention des professionnels dans le cas de l'enfance négligée (Hochstadt & Harwicke, 1985; Kolbo & Strong, 1997; Mayer-Renaud, 1985; Palacio-Quintin & Ethier, 1993).

Une nouvelle tendance veut que, malgré la lourdeur de la problématique, les enfants soient de moins en moins retirés du milieu familial d'appartenance et des systèmes de socialisation (Joval & Chatillon, 1996; Oxman-Martinez, Rowe, Straka & Moreau, 1998; Wilkes, 1992). Ce changement entraîne une série de constats sur l'ensemble du réseau soit: 1) qu'une meilleure collaboration des différents professionnels auprès de la famille permettrait de diminuer le nombre d'intervenants (Palacio-Quintin & Ethier, 1993); 2) que nous devons reconnaître qu'il n'est pas possible de faire reposer l'entière responsabilité du suivi sur un seul professionnel et que c'est l'effort d'une large équipe comprenant des experts de différentes disciplines qui doit prendre place dans le suivi des enfants négligés (Forum Négligence, 1998; Kolbo & Strong, 1997; Mariano, 1989; Oxman et al. 1998; Kempe & Kempe, 1978); 3) que l'intervention ne doit pas viser seulement la modification des conduites parentales. Elle doit tenter d'améliorer les ressources disponibles dans les milieux de vie afin de supporter les familles dans leur responsabilités à l'égard de leurs enfants (Mayer, 1997); et 4) que la négligence, problématique multidimensionnelle, requiert des actions simultanées de plusieurs ordres et par plusieurs professionnels (Forum Négligence, 1998).

Les professionnels de première ligne font face à des pressions considérables, dues aux bouleversements dans l'organisation des systèmes sociaux et de santé, aux restrictions budgétaires et au manque sévère de ressources (Morrison, 1996). L'intervention dans ce contexte n'est pas sans défaillances. Les professionnels vont, bien souvent, focaliser leurs efforts sur le problème manifesté, ce qui les empêche de considérer l'ensemble des dimensions communautaires à l'origine du phénomène (Mayer, 1997).

Trois documents récents sur la situation des enfants subissant des mauvais traitements, incluant la négligence, ont souligné l'importance de la collaboration interprofessionnelle soit le rapport de Beaumont (Commission des droits de la personne et des jeunes, 1998), le cadre de référence élaboré par les Centres jeunesse et les CLSC (Association des CLSC et des CHSLD du Québec et Association des centres jeunesse du Québec, 1998) et le plan d'action de l'OIIQ (OIIQ, 1998).

La situation vécue par ce que l'on a appelé «les enfants de Beaumont» constitue un bon exemple du manque de collaboration interprofessionnelle dans la dispensation des services. Le rapport d'enquête témoigne des grandes difficultés de collaboration des intervenants impliqués par le suivi de ces enfants. Ce rapport a suscité de nombreuses interrogations quant à la qualité des services sociaux et de santé offerts à ces enfants victimes de mauvais traitements. Le rapport met en évidence les lacunes importantes dans le continuum des services alors que le Québec dispose d'un système de protection réputé moderne et adapté aux besoins d'aujourd'hui.

Dans la même perspective et pour assurer la continuité des services offerts à l'enfant et à la famille, les CLSC et les Centres jeunesse se sont dotés d'un cadre de référence. Ce cadre vise pour l'an 2001 à développer une action concertée partout au

Québec et propose les différents niveaux de responsabilités propres à chaque organisme dans le cadre de la protection de l'enfance. Des zones de collaboration obligatoires sont identifiées, ce qui clarifie le mandat des CLSC en termes de prévention, de promotion, de traitement et de protection des enfants.

Suite au rapport d'enquête, l'OIIQ, interpellée par la Commission des droits de la personne et de la jeunesse en 1998, a adopté un plan d'action afin de susciter l'implication et l'engagement des infirmières en regard de ce phénomène social. Le plan d'action propose quatre volets : 1) sensibiliser les infirmières aux situations de maltraitance, ce qui inclut la négligence et augmenter la concertation avec les intervenants impliqués en première ligne, 2) augmenter les compétences des infirmières dans le dépistage des situations de mauvais traitements, 3) évaluer les compétences de l'infirmière à dépister et à intervenir dans cette situation, et 4) collaborer à la mise en place des équipes interprofessionnelles dans toutes les régions du Québec (OIIQ, 1998).

Leventhal (1996) souligne les recherches faites par Olds, Henderson, Kitzman et Cole (1995) qui ont démontré la place significative que l'infirmière occupe dans un tel dépistage de cas d'enfants à risque de négligence. L'infirmière est bien souvent le premier maillon dans la prise de contact de la famille avec les services de santé. Plusieurs auteurs (Ales, 1998; Henneman, Lee, & Cohen, 1995; McCloskey & Maas, 1998) reconnaissent que l'infirmière a une importante responsabilité dans le processus de collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe. Cependant, ces auteurs ne précisent pas comment sa contribution est significative. McCloskey et Maas (1998) mentionnent que l'infirmière est même désavantagée par le manque d'influence qu'elle a sur l'équipe de santé. Il est justifié de nous questionner sur le type d'intervention que

l'infirmière réalise dans les situations à risque de négligence afin de mieux comprendre son interaction avec les autres professionnels.

L'approche de l'équipe interprofessionnelle permet aux intervenants de poser le diagnostic avec plus d'exactitude et de tenir compte des multiples facteurs de risque en vue d'établir des interventions plus adéquates (Berthier, Oriot, Bonneau, Chevret, Magnin, & Garnier, 1993). De plus, cette approche diminue la fragmentation et la duplication des services entre intervenants et réduit la confusion des rôles des divers professionnels impliqués (Kolbo & Strong, 1997). Elle a aussi l'avantage d'offrir un nombre plus élevé de services et de les mettre au bénéfice des enfants (Hochstadt & Harwicke, 1985) et de leurs familles. De même, Thomas (1992) a démontré que la collaboration est reliée à une plus grande satisfaction des partenaires, à des relations de travail de grande qualité, à des pistes de solutions nombreuses et à une performance organisationnelle accrue.

Nonobstant, les professionnels éprouvent constamment des difficultés à mettre de l'avant leur collaboration interprofessionnelle. Même si la notion de travail en équipe multidisciplinaire fait partie du discours général des intervenants depuis la création des CLSC, en pratique, elle s'actualise difficilement.

Les recherches réalisées par Brunet et Vinet (1978) et D'Amour (1997) au sein des équipes multidisciplinaires en CLSC ont dévoilé les difficultés et les limites dans la mise en pratique de ce modèle d'organisation du travail professionnel. Brunet et Vinet (1978) ont mené une étude d'une durée de trois ans sur le fonctionnement des équipes multidisciplinaires. Parmi les constats, les auteurs mentionnent 1) l'absence de liens entre les modèles de fonctionnement observés et les objectifs d'accessibilité et 2) le fait que les modèles de fonctionnement privilégiés dépendent des habitudes de pratiques

professionnelles (Brunet & Vinet, 1978). D'Amour (1997) a réalisé une recherche pour comprendre la nature de la collaboration interprofessionnelle et les divers éléments qui l'influencent. L'auteure constate entre autres que 1) les professionnels investissent beaucoup de leur affectivité dans le travail en collaboration et que les gestionnaires mettent de l'énergie à en formaliser les contours; 2) qu'il n'y a pas d'outils et de réflexes développés de collaboration interprofessionnelle même dans les situations qui le prescriraient; 3) que les professionnels sont pris en otage par le système qui leur laisse peu de liberté d'action et de négociation; et enfin 4) que le système éducationnel ne prépare pas les futurs professionnels à travailler entre eux.

D'Amour (1997) mentionne qu'à cause des sombres constats sur la collaboration interprofessionnelle, il devient nécessaire de comprendre les dynamiques des aires de travail pour faciliter la structuration d'une action collective. Ce n'est que si l'ensemble des professionnels œuvrant à tous les niveaux décident résolument de s'appuyer réciproquement que la qualité de la réponse apportée par le réseau socio-sanitaire québécois aux enfants, aux familles et à la communauté sera améliorée (Centre jeunesse de Montréal, 1998).

Les professionnels en CLSC ont une place privilégiée auprès des familles et une responsabilité considérable envers les enfants à risque de négligence. Il devient donc impératif d'approfondir notre compréhension de leur processus de collaboration interprofessionnelle afin de mieux saisir les enjeux auxquels les professionnels sont confrontés.

### **Le but de l'étude**

Le but de cette étude est d'améliorer notre compréhension du processus de collaboration interprofessionnelle au sein d'équipes intervenant auprès d'enfants à risque

de négligence et de leurs familles, dans le cadre de l'intervention de première ligne au Québec.

### **Les questions de recherche**

1. Quel est le processus de collaboration interprofessionnelle dans le contexte de l'intervention à l'égard d'enfants à risque de négligence et de leurs familles ?
2. Quels sont les déterminants de la collaboration dans le contexte spécifique de l'intervention auprès d'enfants à risque de négligence?

## Chapitre II : La recension des écrits

La présente étude soulève la question complexe de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte d'intervention auprès d'enfants à risque de négligence. Les écrits scientifiques font état d'un nombre limité d'études sur le processus de collaboration interprofessionnelle au sein des équipes. Par ailleurs, les recherches sur le processus de collaboration dans un contexte d'intervention auprès d'enfants à risque de négligence sont nettement absentes.

La première partie de la recension porte sur la collaboration interprofessionnelle. Cette partie présente la définition du concept de collaboration et d'équipe, ses déterminants, les modes de collaboration et les recherches réalisées sur la collaboration interprofessionnelle en milieu communautaire au Québec. La deuxième partie décrit l'intervention interprofessionnelle dans un contexte de risque de négligence. Cette dernière partie sert à présenter la définition du concept de négligence et/ou à risque de négligence et la complexité de l'intervention. Finalement, nous présentons le cadre de référence qui a guidé cette recherche.

### *La collaboration interprofessionnelle*

La collaboration interprofessionnelle est un concept important à étudier dans le contexte spécifique des soins de santé : 1) à cause du type de problématiques de plus en plus complexes et difficiles à traiter auxquelles les professionnels sont confrontés quotidiennement (American Association of Colleges of Nursing, 1996 ; D'Amour, 1997 ; McCloskey & Maas, 1998 ; Sullivan, 1998) ; 2) à cause des multiples occasions de chevauchement tant au niveau des tâches qu'au niveau des problématiques qui comportent une grande part d'incertitude et pour lesquelles les résultats ne sont pas toujours prévisibles (D'Amour, 1997) ; 3) parce qu'il s'agit d'un milieu majoritairement composé de professionnels orientés fondamentalement par leur allégeance au groupe

d'appartenance ce qui influence significativement les interrelations avec d'autres professionnels (D'Amour, 1997) ; 4) et parce qu'aucune discipline n'a à elle seule l'expertise et la capacité d'assurer les soins nécessaires aux clients (Cowley, 1994 ; Stichler, 1995 ; Wylie, 1994).

La collaboration interprofessionnelle est influencée par de multiples facteurs, tant au niveau macrosociologique que microsociologique qui vont favoriser ou entraver le processus de collaboration des pratiques professionnelles au sein de l'équipe. Nous portons une attention particulière lors de la recension des écrits, aux facteurs microsociologiques de la collaboration interprofessionnelle car notre intérêt se porte sur un groupe faisant partie d'une structure organisationnelle formelle, c'est-à-dire une équipe interprofessionnelle en CLSC offrant des soins et des services parapublics de 1<sup>ère</sup> ligne.

### ***La définition du concept de collaboration***

Le mot collaborer vient du mot latin « collaborare » qui signifie travailler ensemble (Henneman et al., 1995; Stichler, 1995), dans un effort intellectuel (Arcangelo, 1994). Les notions de coopération, de collégialité, de travail d'équipe, d'interdépendance, de professionnalisme ou de modèle de pratique professionnelle (Sullivan, 1998), sont fortement liées au concept de collaboration et sont parfois utilisées sans distinction. Nous privilégions le terme de collaboration qui constitue le processus à la base du travail d'équipe.

Nous constatons que deux notions reviennent souvent dans les énoncés des définitions proposées par différents auteurs soit la notion de partage et la notion de processus. Nous avons donc regroupé les définitions du concept de collaboration en fonction de ces deux notions.

Premièrement, la notion de partage réfère au fait de partager quelque chose avec quelqu'un (Le Nouveau Robert, 1996). La collaboration permet à tous les membres de l'équipe de santé de partager leurs expertises dans la dispensation des soins (Arcangelo, 1994). L'intention première est donc de partager et de pourvoir le mieux possible aux besoins des clients. En conséquence, la collaboration se construit sur la compétence de chaque professionnel impliqué. La collaboration peut aussi être définie comme le partage d'une philosophie commune de soins entre partenaires (King, 1990). Les professionnels qui partagent une conception commune des soins centrés sur le client ont établi le principe de collaboration interprofessionnelle. La collaboration signifie aussi un partage du pouvoir basé sur la connaissance et l'expertise plutôt que sur la fonction de rôle ou sur le titre (Henneman et al., 1995; Munding, 1994). La prise en charge se fait de façon à respecter l'autonomie de chacun des professionnels à offrir des soins selon les perspectives propres à leur discipline. Le défi est que ce partage des connaissances soit réalisé de manière efficace pour le bien-être du client. La collaboration, c'est le partage d'objectifs communs dans un processus de résolution de problèmes caractérisé par un esprit de collégialité (Wells, Johnson, & Salyer, 1998). La collaboration se produit quand les professionnels partagent l'information, le diagnostic et le plan de soins (Ivey, Brown, Teske, & Silverman, 1988). Le partage d'information est une caractéristique essentielle pour réaliser un travail de collaboration (Allison & Ewens, 1998).

Deuxièmement, d'autres auteurs définissent la collaboration en terme de processus. Un processus réfère plutôt à une démarche, à une façon de procéder (Le Nouveau Robert, 1996). En ce sens, la collaboration est définie comme un processus qui a pour but principal l'amélioration de la qualité des soins du client tout en respectant les qualités et habiletés propres de chaque professionnel (Coluccio & Maguire, 1983). Pour

rehausser la qualité des soins, les professionnels ont besoin d'interagir dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des soins du client. Les professionnels qui se dotent d'un plan de travail commun démontrent l'importance qu'ils accordent aux comportements de collaboration. Ces comportements se traduisent par le respect mutuel des différences d'opinions et de perspectives et par le désir de comprendre les idées et les points de vue des autres (Hills, Lindsey, Chisamore, Basset-Smith, Abbot, & Fournier-Chalmers, 1994). La collaboration peut aussi se traduire par un processus conjoint de négociation et de compromis dans la prise de décisions. Ce processus implique de transcender les frontières professionnelles pour que tous les intervenants puissent bonifier les soins aux clients (Henry, Schmitz, Reif & Rudie, 1992; Liedtka, 1998). Sans ajouter d'éléments nouveaux à la définition du concept de collaboration, Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette et Major (1994), intègrent clairement les différents énoncés nommés ci-haut. Ces auteurs parlent d'un «échange, tout au long du processus de décision et du travail conjoint, dans le but d'offrir des soins de santé qui répondent aux besoins d'une population » (p.89). D'autre part, D'Amour (1997) définit la collaboration comme étant « la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et la prise de décision dans les processus cliniques » (p. 40).

### *La définition de l'équipe*

L'approche par équipe formée de différents professionnels est apparue autour des années 1940 (Schmitt, 1982). Cette approche se compte parmi les principales stratégies d'intervention depuis plusieurs années entre autres auprès d'enfants subissant des mauvais traitements (Barr, 1997; Ducanis & Golin, 1979). L'équipe est le terme le plus souvent utilisé en lien avec le processus de collaboration (Stichler, 1995) et il est l'antidote à la fragmentation des services (Faulkner & Amodeo, 1999). Un travail d'équipe tire sa valeur

d'une approche des soins basée sur l'apport de tous les membres qui la composent (Henry et al., 1992). Une véritable collaboration est donc la manifestation d'un fonctionnement d'équipe efficace. L'équipe est le moyen par lequel les professionnels peuvent gérer les conflits, les luttes de pouvoir, le stress et les facteurs interpersonnels qui peuvent entraver la collaboration (King, 1990). Il s'avère que la collaboration est nécessaire pour prodiguer des soins et que le travail d'équipe est un moyen pour favoriser des soins centrés sur le client (King, 1990; Warner, Ford-Gilboe, Laforet-Fliesser, Olson, & Ward-Griffin, 1994; Druenne, 1997).

L'équipe sous-entend une relation de partenariat à l'intérieur d'une dyade ou d'un groupe de personnes travaillant ensemble dans un projet de collaboration (Sullivan, 1998 ; Wylie, 1994). L'élément clé de cette équipe est l'interaction qui se produit entre les membres qui la composent. Ce groupe est conçu comme étant une entité ancrée dans un système social beaucoup plus large et qui gère ses relations par les structures organisationnelles (Cohen & Bailey, 1997). Ces individus, ayant des habiletés complémentaires, assument l'imputabilité de leurs actes (McCloskey & Maas, 1998) par l'adhésion à un but, à des objectifs de performance et à une vision commune. Reconnaître que le problème ne peut pas être résolu sans l'expertise, l'apport ou la participation de chacun des professionnels de l'équipe est une étape critique pour le développement de la collaboration (Stichler, 1995).

Il est toutefois illusoire de penser que des professionnels, organisés en équipe, vont nécessairement agir comme une équipe (Aubry, 1996; Barr, 1997; Evans, 1994; Forbes & Fitzsimons, 1993; Mariano, 1989). Par ailleurs, il s'avère qu'il y a peu d'évidence empirique démontrant l'efficacité de l'équipe (Faulkner & Amodeo, 1999). Il faut souligner qu'il ne suffit pas de créer une équipe pour qu'elle fonctionne de façon

cohérente. Pour que les professionnels collaborent entre eux, il devient nécessaire que les rôles qu'ils assument soient bien définis (Kovitz, Dougan, Riese, & Brummitt, 1984) et que les règles de fonctionnement de l'équipe soient spécifiées (Dussault, 1990). L'approche par équipe met donc l'accent sur l'interdépendance parmi les membres, sur des comportements de collaboration et sur un certain consensus du leadership (Stahelski & Tsukuda, 1990). Même si la notion de collaboration est un élément essentiel du travail des équipes interprofessionnelles, ce ne sont pas tous les professionnels ni toutes les organisations de santé qui adhèrent de manière tangible à la collaboration dans leurs pratiques (Sullivan, 1998). De plus, la participation des professionnels demeure inégale en termes de partage et de contribution à l'équipe (Bell, 2001). Bien que la tendance actuelle veuille que les professionnels travaillent de plus en plus en collaboration, les difficultés de mise en œuvre sont nombreuses.

### *L'équipe interdisciplinaire ou interprofessionnelle?*

Un des premiers éléments que nous constatons lors de la recension des écrits, est la grande variété des termes pour désigner l'équipe et les enchevêtrements dans les définitions. Les différentes appellations utilisées pour définir l'équipe sont : multidisciplinaire, interdisciplinaire, intradisciplinaire, transdisciplinaire, multiprofessionnelle, interprofessionnelle, intraprofessionnelle, transprofessionnelle, (Ducanis & Golin, 1979; Ivey et al., 1988) et pluridisciplinaire (Guyonet & Adam, 1992; Oxman-Martinez et al., 1998). Ce qui semble particulier, est le fait que les professionnels utilisent souvent indifféremment les termes multidisciplinarité et interdisciplinarité (Faulkner & Amodeo, 1999; Ivey et al., 1988). Rarement ces termes sont définis clairement par les auteurs et ils sont souvent utilisés de manière interchangeable (Faulkner & Amodeo, 1999). S'ajoute à cela le fait que la collaboration comporte différentes

intensités. Ivey et al. (1988) présentent une description du continuum de collaboration. À un bout du continuum l'on retrouve une organisation du travail où les professionnels fonctionnent de façon indépendante ou en parallèle (l'échange d'information, la consultation et la coordination) et à l'autre bout, un plus haut niveau de collaboration et d'intégration des contributions des professionnels soit la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité. Nous allons nous attarder particulièrement à clarifier ces deux derniers niveaux de collaboration qui déterminent un véritable travail d'équipe.

La multidisciplinarité fait appel au nombre d'intervenants, issus de plusieurs disciplines et impliqués dans un projet commun mais qui travaillent de façon indépendante ou parallèle (Faulkner & Amodeo, 1999). Ce terme est souvent utilisé pour traduire la composition d'une équipe où se retrouvent plusieurs disciplines. Dans la multidisciplinarité, il y a une juxtaposition d'expertises différentes sans qu'il y ait nécessairement de rapport entre elles (Guyonnet & Adam, 1992); tandis que l'interdisciplinarité soulève une contribution plus poussée de collaboration entre les disciplines (D'Amour, 1997; Lindeke & Block, 1998). Le suffixe «inter» fait ainsi ressortir la dimension de collaboration car il signifie une relation réciproque (Le Nouveau Robert, 1996) des efforts coordonnés par les membres de l'équipe (Faulkner & Amodeo, 1999) à l'intérieur d'un processus d'interaction entre professionnels. L'équipe interdisciplinaire est une entité structurée qui adhère à un but, qui partage un processus de prise de décision commune (Ludwig, 1988; Mariano, 1989; Wells et al., 1998) et qui élabore des plans de soins communs (Wells et al., 1998). Pour McCloskey et Maas (1998), l'interdisciplinarité est le respect réciproque entre professionnels, le partage des réussites et des échecs, le travail avec un objectif commun, la confiance réciproque, le support dans les interventions et la reconnaissance de l'accomplissement du travail

professionnel individuel. Selon Berthelot (1999), l'interdisciplinarité implique un effort d'intégration et de traduction au moins partiel des thèmes ou des schèmes communs à diverses disciplines.

Pour que l'on puisse parler d'équipe interdisciplinaire, il faut que les éléments essentiels c'est-à-dire, la constitution et le fonctionnement harmonieux d'une équipe soient présents (Pronovost & Jinchereau, 1986). Ce sont les besoins de la clientèle qui devraient dicter le recours à l'un ou l'autre de ces modes de collaboration selon la complexité de la situation et les besoins identifiés. L'interdisciplinarité n'est pas nécessaire dans toutes les situations. De même, Edwards, Stanton et Bishop (1997) précisent que la définition spécifique que l'on donne au concept d'interdisciplinarité n'est pas aussi importante que les valeurs qui sous-tendent ce concept. Cependant, Faulkner et Amodeo (1999) soulignent qu'il est essentiel de définir ces concepts. Si les professionnels ne s'entendent pas sur la signification que l'on donne aux concepts, cela peut mener à une mauvaise interprétation des attentes des uns par rapport aux autres.

Nous adoptons, dans le cadre de cette recherche, la définition que D'Amour (1997) propose de la collaboration. Cette auteure définit la collaboration comme «la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et la prise de décision dans les processus cliniques»(p. 40). De plus, nous utilisons le terme de collaboration interprofessionnelle car nous référons aux pratiques des professionnels et non au concept de discipline qui implique l'acquisition d'un corpus de connaissances basées sur la théorie et la recherche. Lorsque l'on s'intéresse à la collaboration dans le cadre des professions de soins, on s'attarde à un système plus complexe où différents professionnels occupent des territoires particuliers susceptibles d'empiétement conflictuel, mais où tous sont placés sous la contrainte de l'accomplissement d'un travail commun (Paicheler, 1995). Donc,

pour réussir à instaurer une collaboration interprofessionnelle durable, il faut assurer le fonctionnement à long terme de l'équipe (Kovitz et al., 1984), et donc trouver les moyens d'aplanir les conflits et les différences entre professionnels. Certains auteurs se sont attardés à identifier les déterminants de la collaboration interprofessionnelle afin que celle-ci ne soit pas seulement un vœu mais plutôt une réalité de la pratique professionnelle.

### ***Déterminants de la collaboration interprofessionnelle***

Trois déterminants majeurs influencent le développement de la collaboration et sa consolidation à l'intérieur de l'équipe de santé. Tout d'abord, le système professionnel qui détermine les territoires professionnels exclusifs. Deuxièmement, les déterminants interactionnels qui réfèrent aux relations interpersonnelles entre les membres d'une équipe. Et finalement, les déterminants organisationnels qui présentent les éléments de la structure du travail à l'intérieur d'une équipe.

#### *Le système professionnel*

Le système professionnel fait référence à la notion de professionnalisation qui signifie «le processus par lequel un groupe occupationnel arrive à contrôler un ensemble de connaissances correspondant à un ensemble de services» (D'Amour, 1997, p.10). Ces connaissances sont acquises après une formation spécialisée qui se concrétise par la détention d'un savoir sur un territoire bien défini et relativement inaccessible au profane (Paicheler, 1995). La formation professionnelle garantit ainsi une certaine expertise et la réglementation délimite des territoires exclusifs de pratique. Toutefois, les professionnels sont influencés continuellement dans leur pratique par deux logiques : la logique de professionnalisation et la logique de collaboration. Dans la première on privilégie

l'autorité, le pouvoir et la spécialisation tandis que dans la seconde on favorise le partage et l'intégration des savoirs et des pratiques (D'Amour, 1997; D'Amour et al., 1999).

Dans une logique de professionnalisation, il apparaît que certains éléments du système professionnel ne favorisent pas nécessairement la collaboration. Selon Friedson (1986) les caractéristiques de la professionnalisation ne sont pas la collégialité et la confiance; ce sont plutôt la domination, l'autonomie et le contrôle. Ceci est corroboré par la réglementation et la création de territoires exclusifs de pratique. Chaque professionnel est régi par certaines règles de comportements auxquelles il est censé se conformer. La hiérarchie sociale traditionnelle des soins encourage la mise en place de relations de type supérieur-subordonné entre les professionnels d'une même équipe (Flaherty, 1998; Hamric, Spross, & Hanson, 1996; King, 1990), ce qui va à l'encontre du développement d'une vraie collaboration et de l'esprit de collégialité dans les soins. Les différences marquées dans la formation et les habiletés enseignées aux professionnels de la santé contribuent à mettre l'accent sur l'identité professionnelle et non sur le développement de la collaboration (Allison & Ewens, 1998; Lindeke & Block, 1998; Stichler, 1994). Ces différences se manifestent par les valeurs sous-jacentes à chaque discipline, par les bénéfices inégaux qui sont accordés selon le statut de la profession au processus de prise de décision et d'autonomie (Faulkner & Amodeo, 1999; Higging, Oldman, & Hunter, 1996). Les professionnels sont formés davantage pour travailler en solo qu'en équipe (King, 1990), ce qui ne favorise pas l'utilisation du potentiel relationnel des professionnels. La différence de pouvoir parmi les professionnels empêche la communication efficace et joue un rôle central dans la fragmentation des soins. Le manque de compréhension des rôles respectifs et les conflits de pouvoir entravent la collaboration interprofessionnelle (Evans, 1994; Stichler, 1995).

La logique de collaboration prend forme au moment où émerge un courant vers une vision globale répondant à la complexité de soins. Cette logique évoque un espace commun, un facteur de cohésion visant l'intégration des savoirs et le partage des pratiques (D'Amour, 1997). Selon Forbes et Fitzsimons (1993) l'amélioration de la collaboration par le partage d'expertise a comme conséquence la redéfinition de l'autonomie des professionnels en incorporant un niveau d'autonomie plus complexe qui est mis en valeur par le contact avec d'autres professionnels. Les professionnels partagent des zones d'intervention. De plus, la logique de la collaboration favorise une approche centrée sur le client à qui on reconnaît le droit à l'autodétermination sur sa santé (D'Amour, 1997).

#### *Les déterminants interactionnels*

La collaboration interprofessionnelle se manifeste par l'empressement avec lequel le professionnel est prêt à s'engager dans un processus relationnel. La confiance et la cohésion s'avèrent être des déterminants essentiels à considérer lorsque l'on s'intéresse à la collaboration.

La confiance est identifiée comme un déterminant clef de la collaboration parmi les professionnels de la santé (Hamric et al., 1996; Henneman et al., 1995; Johns, 1996). Cependant, elle n'est pas forcément une donnée de départ (Beaudry, 1994). Certains éléments tels que l'existence d'une structure qui régule les comportements et les stratégies des professionnels, les relations interpersonnelles et l'expertise professionnelle sont considérés comme des mécanismes qui influencent la confiance positivement (Beaudry, 1994). Elle est considérée comme une qualité intrinsèque à toute relation interpersonnelle entre professionnels qui s'engagent dans un processus de collaboration. Ainsi, elle est en lien avec la bonne volonté de chaque individu d'accepter de prendre un risque en

partageant un certain dévoilement de soi. Les professionnels prendront le risque de s'engager selon que les expériences antérieures auront été satisfaisantes ou non. La confiance interpersonnelle se définit comme étant la présomption qu'ont les professionnels de pouvoir compter les uns sur les autres (Johns, 1996).

Un autre déterminant est la cohésion du groupe comme indicateur de la volonté des individus de faire partie d'une équipe (Cohen & Bailey, 1997; Evans & Dion, 1991; Stahelski & Tsukuda, 1990). La cohésion se manifeste lorsque les membres de l'équipe font preuve de soutien et de loyauté entre eux. Elle est importante afin de faire face aux conflits, de minimiser les critiques, d'encourager la prise de risque et de récompenser l'accomplissement individuel des membres (Forbes & Fitzsimons, 1993). Selon Stahelski et Tsukuda (1990) la variable significative de la cohésion est la constance des professionnels dans l'équipe. Selon ces auteurs, la cohésion augmente en fonction de la stabilité des membres à l'intérieur de l'équipe. La cohésion du groupe a été fortement reliée à la performance (Cohen & Bailey, 1997). Cependant, deux critères peuvent atténuer la relation entre ces deux éléments : le manque de critères de performance pour l'équipe et le manque d'adhésion aux buts par les membres de l'équipe (Evans & Dion, 1991). D'Amour et al. (1999) soulignent que le processus d'interconnaissance, l'établissement d'une relation de confiance et le partage des territoires professionnels sont des dimensions essentielles à l'intériorisation du sentiment d'appartenance à une équipe.

#### *Les déterminants organisationnels*

Les déterminants organisationnels qui influencent le plus la collaboration sont : la structure, l'environnement, la taille et la composition de l'équipe.

La collaboration requiert d'une part, que le professionnel se voit lui-même comme partie prenante d'une équipe (Henneman et al., 1995) et d'autre part, requiert la légitimation de l'équipe à l'intérieur de la structure organisationnelle (Mariano, 1989; Stichler, 1995). La structure organisationnelle doit refléter la valeur que l'organisation accorde à la collaboration entre les professionnels (Stichler, 1995). Ainsi, l'engagement institutionnel (O'Toole, 1992) favorise le développement des structures pour appuyer le fonctionnement de l'équipe interprofessionnelle et facilite la synergie vers un travail conjoint (Mariano, 1989). La structure organisationnelle se doit : 1) de promouvoir un modèle décisionnel décentralisé (Putz, 1989, cité dans Evans, 1994; Stichler, 1995); 2) de faciliter une pratique autonome accompagnée d'un processus de travail basé sur la collaboration interprofessionnelle, 3) d'uniformiser des protocoles de travail pour guider la pratique interprofessionnelle et 4) de se doter de mécanismes de rétroaction pour faciliter une communication de qualité (Evans, 1994). L'enquête réalisée par Kolbo et Strong (1997) aux États-Unis sur les approches multidisciplinaires démontre que l'efficacité de l'équipe interprofessionnelle est améliorée par un soutien législatif et par la participation des différentes disciplines.

Un environnement privilégiant le travail d'équipe (Henneman et al., 1995) se caractérise par des mécanismes de résolution des conflits et par certaines caractéristiques spatiales. Jehn (1995) soutient que les relations conflictuelles parmi les membres de l'équipe nuisent au sentiment de satisfaction en regard de la tâche et influencent le sentiment d'appartenance à l'équipe. Tandis que les conflits au niveau de la tâche sont favorables à une vision plus critique des problèmes et réduisent les désaccords. D'autres éléments de l'environnement sont la disponibilité des locaux, le temps alloué pour les rencontres (Mariano, 1989) et la distance géographique entre les professionnels. Allison et

Ewens (1998) mentionnent que l'attention est moins portée sur les différences marquées par le territoire professionnel ou le statut lorsque les professionnels sont dans un même espace géographique.

Stahelski et Tsukuda (1990) ont réalisé une étude sur les variables prédictives de la collaboration dans les équipes de santé. Les résultats ont démontré que la variable significative de la collaboration est la taille de l'équipe. Plus les membres sont nombreux moins ils sont efficaces, moins on atteint les objectifs, et plus on risque de voir surgir des conflits. Quant à la composition de l'équipe, d'une part l'étude de Magjuka et Baldwin (1991) démontre que la grande diversité des membres est en lien avec l'efficacité de l'équipe en autant qu'il y ait des efforts d'intégration (Maznevski, 1994). D'autre part, la recherche sur l'hétérogénéité réalisée par Champion et al. (1993, cité dans Cohen & Bailey, 1997) souligne qu'il n'y a pas de relation entre l'hétérogénéité, la performance et la satisfaction des membres de l'équipe.

### ***Recherches sur la collaboration en milieu communautaire au Québec***

En raison du modèle organisationnel des CLSC fondé sur la collaboration étroite entre des professionnels de diverses disciplines, il s'avère intéressant de se pencher sur les études réalisées dans ces organisations où la primauté du travail d'équipe a été encouragée depuis plus de vingt ans. Les études réalisées en CLSC sur les équipes interprofessionnelles ont porté sur la satisfaction des professionnels (Couture, 1978) et sur les pratiques communautaires (Poupart, Simard, & Ouellet, 1986). Deux études se sont intéressées aux dynamiques vécues à l'intérieur des équipes multidisciplinaires en milieu communautaire, celle de Brunet et Vinet (1978) et dix-neuf ans plus tard, celle de D'Amour (1997).

Ces deux dernières études ont une importance particulière car elles se sont intéressées à comprendre le mode de fonctionnement de ces équipes en milieu communautaire. La recherche réalisée par Brunet et Vinet (1978) sur le fonctionnement des équipes multidisciplinaires a mis en évidence les modèles de collaboration privilégiés par les professionnels de la santé. Selon les auteurs, la dynamique de la collaboration s'est structurée autour de l'idée de l'autonomie des groupes professionnels. Trois modèles se dégagent du discours des professionnels : la subordination, le parallélisme disciplinaire et la collaboration globale. Le modèle de subordination désigne la relation qui existe entre un professionnel et ses collègues de travail lorsque le professionnel est considéré comme un assistant. Le professionnel demeure le seul à prendre des décisions, à planifier l'intervention et l'organisation de services du client. Le modèle de parallélisme disciplinaire prône aussi l'autonomie des professionnels. Cependant, il se différencie de la subordination en ce sens que chaque professionnel considère l'autre comme un confrère autonome face à la clientèle. Les professionnels travaillent donc en parallèle plutôt qu'en subordination. Le modèle de collaboration globale considère que chaque professionnel reconnaît que seul, il ne peut répondre aux besoins du client. En conclusion, Brunet et Vinet (1978) mentionnent que les professionnels ne fonctionnent que sur les deux modèles, la subordination et le parallélisme disciplinaire et que le modèle de collaboration globale n'est utilisé qu'au niveau de la planification et la programmation des services du CLSC.

Pour sa part, D'Amour (1997) a réalisé une recherche pour comprendre la nature de la collaboration interprofessionnelle et les divers éléments qui l'influencent. Ainsi, 26 professionnels provenant de 8 disciplines ont participé à l'étude. Les intervenants de trois programmes ont été visés par l'étude : PEF (Petite Enfance-Famille), Services courants et

MAD (Maintien à domicile). L'auteure fait les constats suivants : 1) après 25 ans de tentatives de mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle, elle reste encore un idéal difficilement atteint dans la réalité; 2) les professionnels investissent beaucoup de leur affectivité dans le travail de collaboration et les gestionnaires de l'énergie pour la formaliser sans trop de succès; 3) il s'avère nécessaire de reconnaître l'utilité de la collaboration interprofessionnelle en réponse aux besoins de la clientèle qui placent de facto les professionnels en forte interdépendance; 4) l'interaction et un rapprochement de pensée des professionnels sont rendus nécessaires par le travail en interdépendance; et 5) les processus d'interconnaissance, l'établissement d'une relation de confiance et le partage des territoires professionnels sont des dimensions essentielles à l'intériorisation du sentiment d'appartenance à une équipe. D'Amour (1997) mentionne que la collaboration est influencée par les dynamiques de l'aire du travail, par le système professionnel et par le système éducationnel. Le système professionnel et le système éducationnel insistent sur la différenciation professionnelle basée sur la compétition plutôt que sur l'intégration de la collaboration.

### *La négligence*

#### *L'historique du concept de la négligence*

L'identification de la négligence à l'égard des enfants a été liée à la découverte plus générale de l'existence des mauvais traitements (Mayer, 1992). L'apparition du concept de négligence se situe vers 1909 lorsque l'on promulgua pour la première fois que les enfants ne devaient pas être séparés de leur famille pour cause de pauvreté, mais uniquement si les parents étaient inadéquats ou immoraux (Giovannoni, 1976, cité par Mayer-Renaud, Pierre-Louis & Tessier-Thibaudeau, 1992; Mayer, 1997). Cependant, ce n'est qu'en 1974 que le congrès américain adopte Child Abuse Prevention And Treatment

Act qui donne naissance au premier National Center on Child Abuse and Neglect. C'est ainsi que le concept de négligence a été incorporé dans la définition de violence à l'égard des enfants (Wolock & Horowitz, 1984) comme un concept ayant ses propres attributs.

Wollock et Horowitz (1984) soulignent que, bien que la négligence à l'égard des enfants soit plus répandue et ait des conséquences aussi graves que la violence, elle reçoit beaucoup moins d'attention. Le manque d'intérêt pour la négligence à l'égard des enfants s'explique en partie par : l'attention portée aux situations d'abus physiques plutôt qu'à la négligence; au fait que la négligence concerne surtout les pauvres et marginaux; et au caractère sensationnaliste des cas de violence à l'égard des enfants rapportés par les médias.

Tout d'abord, vers 1960, le développement des nouvelles technologies en radiologie aux États Unis a permis d'identifier et de diagnostiquer ce que Kempe a appelé « le syndrome de l'enfant battu » (Wolock & Horowitz, 1984; Mayer, 1997). Ce phénomène a attiré l'attention des médecins sur la reconnaissance de la violence physique déguisée en accident ou maladie. L'apparition de l'expression « syndrome de l'enfant battu » et l'intérêt qui s'en est suivi pour la violence physique envers les enfants ont inauguré une nouvelle ère. La découverte de ce nouveau syndrome a réussi à sensibiliser la population aux différentes formes de mauvais traitements infligés aux enfants. Cependant, ce syndrome a limité la définition de la négligence et est source de nombreux malentendus (Pelletier, 2000).

Le faible intérêt porté à la négligence peut s'expliquer par la forte corrélation entre ce phénomène et la pauvreté (Massé, 1992; Mayeur, 1997). L'ampleur considérable du phénomène de la négligence implique que les solutions s'adressent principalement à l'amélioration des conditions de vie des familles (Patti, 1974, cité par Wolock &

Horowitz, 1984) et cela rime avec l'épineuse question d'une meilleure répartition de la richesse. Contrer la négligence, signifie contrer la pauvreté; or la lutte à la pauvreté coûte cher, progresse lentement et n'est pas retenue comme une priorité sociale sérieuse (Watchtel, 1994). Le taux de négligence doit être considéré comme un indicateur potentiel des conditions de vie inadéquates affectant les familles. Puisque la négligence n'est pas la seule responsabilité des adultes, il s'avère important de tenir compte d'autres facteurs responsables tels que le contexte économique, social et culturel dans lesquels s'exercent cette responsabilité parentale (Bouchard, Chamberland, & Beaudry, 1988).

Finalement, le peu d'intérêt pour la négligence pourrait être aussi expliqué par la grande visibilité et le caractère sensationnaliste de la violence dans les médias. Signorelli (1980 cité dans Palacio-Quintin & Ethier, 1993) a réalisé une analyse détaillée de la couverture médiatique des cas de mauvais traitements sur une période de six ans. L'auteur souligne que la grande majorité des publications traitent des abus sexuels, 21% traitent des abus physiques et que seulement 9% traitent de la négligence. Ce faible pourcentage pourrait être expliqué par le fait que la négligence est un phénomène insidieux, chronique, terriblement secret et difficile de définir (Dubowitz, Klockner & Black, 1998). De plus, Jones & Curdy (1992) mentionnent que les caractéristiques des enfants, des familles et des milieux de vie sont souvent différentes selon le type de mauvais traitements.

Les recherches portant sur les mauvais traitements à l'égard des enfants omettent souvent, encore aujourd'hui, de distinguer la négligence de la violence, même si c'est une problématique suffisamment distincte sur le plan conceptuel pour mériter une attention particulière (Charbonneau & Oxman-Martinez, 1995; Ethier, Palacio-Quintin, & Jourdan-Ionescu, 1992; Mayer-Renaud, 1993; Watchtel, 1994). Cependant, cette différence est

Horowitz, 1984) et cela rime avec l'épineuse question d'une meilleure répartition de la richesse. Contrer la négligence, signifie contrer la pauvreté; or la lutte à la pauvreté coûte cher, progresse lentement et n'est pas retenue comme une priorité sociale sérieuse (Watchtel, 1994). Le taux de négligence doit être considéré comme un indicateur potentiel des conditions de vie inadéquates affectant les familles. Puisque la négligence n'est pas la seule responsabilité des adultes, il s'avère important de tenir compte d'autres facteurs responsables tels que le contexte économique, social et culturel dans lesquels s'exercent cette responsabilité parentale (Bouchard, Chamberland, & Beaudry, 1988).

Finalement, le peu d'intérêt pour la négligence pourrait être aussi expliqué par la grande visibilité et le caractère sensationnaliste de la violence dans les médias. Signorelli (1980 cité dans Palacio-Quintin & Ethier, 1993) a réalisé une analyse détaillée de la couverture médiatique des cas de mauvais traitements sur une période de six ans. L'auteur souligne que la grande majorité des publications traitent des abus sexuels, 21% traitent des abus physiques et que seulement 9% traitent de la négligence. Ce faible pourcentage pourrait être expliqué par le fait que la négligence est un phénomène insidieux, chronique, terriblement secret et difficile de définir (Dubowitz, Klockner & Black, 1998). Cependant, elle est prévisible et unique car elle se rattache aux conditions économiques de la famille et à son statut social, peu importe les origines raciales (Jones & Curdy, 1992).

Les recherches portant sur les mauvais traitements à l'égard des enfants omettent souvent, encore aujourd'hui, de distinguer la négligence de la violence, même si c'est une problématique suffisamment distincte sur le plan conceptuel pour mériter une attention particulière (Charbonneau & Oxman-Martinez, 1995; Ethier, Palacio-Quintin, & Jourdan-Ionescu, 1992; Mayer-Renaud, 1993; Watchtel, 1994). Cependant, cette différence est

plus difficile à faire dans la réalité, parce que dans de nombreuses situations, les deux phénomènes sont intimement liés (Palacio-Quintin & Ethier, 1993; Pelletier, 2000).

### *La définition de la négligence*

La difficulté de définir plus précisément la négligence nuit, selon Ethier, Palacio-Quintin & Jourdan-Ionescu, (1992) aux interventions, à la concertation et à l'avancement de nos connaissances dans le domaine et ne permet pas une législation claire sur le sujet. Malgré l'intérêt pour clarifier la définition de la négligence, il n'y a pas de consensus. Cette difficulté est attribuée au fait que c'est un concept qui peut s'appliquer à des situations de négligence chroniques ou circonstancielle (Ethier et al., 1992; Mayer-Renaud, 1985); que la gravité de la négligence peut varier, s'échelonnant de modérée à sévère (Ethier et al., 1992); qu'il existe différents points de vue tant professionnels que culturels de la négligence; et que l'on retrouve des différents importants autour de la norme des comportements parentaux selon la culture et les sociétés (Dubowitz et al., 1998).

Tout d'abord, le concept de négligence peut être défini d'un point de vue légal et d'un point de vue social. La définition juridique des mauvais traitements envers les enfants varie d'une province ou d'un territoire à l'autre au Canada. C'est pourquoi nous avons retenu la définition légale au Québec. La définition légale vise à préciser les situations où la société considère qu'une intervention extérieure est justifiée tandis que la définition sociale tend à cerner les dimensions du problème (Mayer-Renaud, 1985, 1993).

#### *La définition légale*

La Charte des droits et libertés de la personne spécifie que «tout enfant a droit à la protection, à la sécurité et à l'attention que ses parents ou les personnes qui en tiennent

lieu peuvent lui donner » (Commission des droits de la personne et de la jeunesse, 1998, p.5). La Loi sur la protection de la jeunesse, en vigueur depuis 1979, propose un cadre légal de protection des enfants en difficulté. Légalement, au Québec, les enfants négligés sont ceux dont la sécurité ou le développement est considéré compromis selon les articles 38b, 38d et 38e. (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 1998; Mayer-Renaud, 1993). Cependant, Mayer (1985) souligne que les définitions légales laissent une marge d'interprétation sur les situations de négligence. De plus, c'est une loi qui reconnaît d'emblée le principe que les parents sont les premiers responsables de l'enfant, ils sont donc imputables de leurs actes. Il est reconnu que la protection est une responsabilité collective (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 1998) et que toute personne, incluant les professionnels, est tenue de signaler sans délai les enfants susceptibles d'être négligés. Cependant, cette loi n'est utilisée que dans les situations où les besoins fondamentaux de l'enfant sont insatisfaits (Mayer,1997) selon la norme parentale déterminée par la société.

Latimer (1998) rapporte une enquête menée par Warner et Hansen en 1994 auprès des omnipraticiens du Canada : 90% des répondants estiment avoir un rôle essentiel ou important à jouer dans la protection de l'enfance. Pourtant, seulement la moitié d'entre eux ont reçu une formation quelconque sur la question complexe posée par les mauvais traitements, y inclus la négligence faite aux enfants. Malgré les lois sur la déclaration obligatoire et l'importance de détecter rapidement les cas pour planifier l'intervention, les sondages révèlent qu'une importante proportion des cas de négligence faite aux enfants ne sont pas déclarés.

### *La définition sociale de la négligence*

Malgré les différentes définitions que l'on retrouve dans la recension des écrits, celle formulée par Polansky en 1979 semble être la plus complète et la plus utilisée par les auteurs qui se penchent sur la négligence.

«La situation dans laquelle le parent, ou le responsable de l'enfant, délibérément et/ou par inattention extrême, permet que l'enfant souffre d'une condition présente de laquelle il pourrait être soustrait et/ou il ne lui procure pas les éléments généralement jugés essentiels, pour le développement des capacités physiques, intellectuelles et émotives de l'individu».

Mayer-Renaud et al. (1992) adaptent cette définition classique et définissent la négligence comme étant:

«La situation dans laquelle l'enfant souffre d'une condition présente de laquelle il pourrait être soustrait et/ou il est privé des éléments jugés essentiels pour le développement de ses capacités physiques, intellectuelles et émotives» (p. 79)

Cette adaptation de la définition de Polansky (1979) reflète une volonté de situer la négligence d'abord comme un problème vécu par l'enfant, et non comme un problème de comportements des parents (Mayer-Renaud et al., 1992). Cette approche facilite, selon ces auteurs, l'ouverture à l'ensemble des causes de la négligence, qu'elles soient situées au niveau des problèmes personnels des parents, de leurs conditions de vie difficiles, de la qualité de leur environnement ou des caractéristiques de l'enfant. Cette conception rejoint celle de Dubowitz et al. (1998) qui affirment que la définition de Polansky (1979) centre son attention sur le comportement du parent ou du responsable de l'enfant qui s'écarte significativement de la norme sociale. L'étude réalisée par Dubowitz et al. (1998) examine les différents points de vue de la communauté et des professionnels sur la négligence. Parmi les constats, les auteurs mentionnent qu'il existe un certain

consensus sur ce que devraient être les besoins des enfants et les circonstances dans lesquelles ceux-ci ne sont pas comblés. De plus, sans prétendre nier les responsabilités parentales ou déculpabiliser les adultes, il apparaît fondamental, dans les situations de négligence, de comprendre que les enjeux de prévention résident dans l'instauration d'un environnement social et culturellement compétent (Massé, 1992).

Le débat est encore d'actualité en ce qui a trait à la définition de la négligence et aux responsabilités qui incombent aux parents et à la société. Le manque de consensus en ce qui a trait à la définition peut nuire à un agir de collaboration car les professionnels sont influencés par des valeurs familiales et morales propres à la classe dominante.

La raison qui nous amène à adopter la définition de Mayer-Renaud et al. (1992) est qu'elle reflète la nécessité intrinsèque de considérer ce phénomène sous toutes ses dimensions. Il apparaît donc nécessaire de centrer l'intervention sur les besoins non comblés chez les enfants plutôt que sur l'omission des soins par le parent ou tuteur de l'enfant. Cette importante nuance apporte une vision plus humaniste d'un phénomène à large composante socio-environnementale. Une meilleure connaissance des besoins des enfants et des risques potentiels affectant leur développement peuvent servir de guide pour les politiques et la pratique d'intervention pour les professionnels concernés (Dubowitz et al., 1998).

### *Collaboration interprofessionnelle dans un contexte de négligence*

La problématique de la négligence se caractérise par le cumul et l'interrelation des divers facteurs de risque. Ces facteurs peuvent concerner les caractéristiques personnelles des parents, les caractéristiques sociales de la famille, ou les caractéristiques de l'enfant. Parmi les principaux facteurs de risque on retrouve : la pauvreté économique, le stress parental élevé, l'absence de connaissances et d'habiletés à la dispensation des soins à

apporter aux enfants, la pauvreté sociale, les liens d'attachement faibles ou absents, la dépression, la déficience intellectuelle, la toxicomanie et les problèmes de santé mentale (Forum Négligence, 1998; Mayer-Renaud, 1985; 1993; Palacio-Quintin & Ethier, 1993). Les risques de négligence sont plus grands lorsque l'enfant est jeune et plus dépendant (Palacio-Quintin & Ethier, 1993). Plus les caractéristiques associées à la négligence sont nombreuses dans une situation familiale, plus le risque de négligence est élevé (Forum Négligence, 1998; Mayer-Renaud, 1993,1997). Les conséquences sont aussi graves que nombreuses : problèmes de santé, retards de croissance non organique, effets négatifs sur le développement intellectuel de l'enfant, retard académique, sous-scolarisation et troubles affectifs et sociaux (Mayer-Renaud, 1993; Palacio-Quintin & Ethier, 1993).

Donc, la négligence traduit une pauvreté matérielle, sociale et affective et nécessite des actions simultanées à plusieurs niveaux et par plusieurs professionnels (Forum Négligence, 1998; Mayer-Renaud, 1993; Oxman-Martinez et al., 1998). Plusieurs auteurs (Barr, 1997; Centres Jeunesse, 1984; Dukanis & Golin,1979; Gallmeier & Bonner, 1992; Kovitz et al., 1984; Kolbo & Strong, 1997; Ludwig, 1988; Mayer-Renaud et al., 1992; Palacio-Quintin & Ethier, 1993; Oxman-Martinez et al., 1998) s'entendent pour dire que dans le cas de mauvais traitements, dont la négligence, le travail en équipe interprofessionnelle est une approche à privilégier lorsque l'intervention vise l'enfant et sa famille. Shorr (1988), souligne que seule une approche globale est susceptible d'améliorer la situation de ces familles. L'intervention doit toucher tous les niveaux de fonctionnement de la famille car l'environnement joue un rôle actif dans la situation (Gauthier, 1992). Toutefois, la famille doit pouvoir se référer à un nombre restreint de professionnels afin de maintenir la cohérence des stratégies d'intervention (Palacio-Quintin & Ethier, 1993).

Dans le phénomène de la négligence où se côtoient plusieurs problèmes psychologiques, sociaux et de santé, on ne peut confier à un seul intervenant ni à une seule approche la responsabilité d'induire un changement (Gauthier, 1992; Ludwig, 1988; Kempe & Kempe, 1978). La cohésion, tout au long de l'intervention auprès de la famille, exige de la part des professionnels qu'ils entretiennent entre eux une communication étoffée, régulière et claire. Des interventions complémentaires, concertées, intenses et soutenues, basées sur la collaboration interprofessionnelle s'imposent comme condition indispensable pour assurer la continuité des services et des soins (Gauthier, 1992; Mayeur et al. 1992; Moore, Armsden & Gogerty, 1998; RSSSM/C, 1999). Des programmes d'intervention basés sur l'effort d'une large équipe comprenant des experts de différentes disciplines sont essentiels (Oxman-Martinez et al., 1998). De plus, les professionnels doivent être capables d'établir des relations de confiance basées sur le respect des valeurs d'autrui (Gauthier, 1992). Chauvenet (1988) insiste sur le fait que dans les cas de négligence, l'équipe interprofessionnelle met en demeure les professionnels d'explicitier, de justifier, d'argumenter les motifs de leurs décisions concernant les cas les plus litigieux.

Ludwing (1981) propose cinq raisons favorisant l'établissement d'une pratique de collaboration dans le cas de négligence : 1) la collaboration permet aux professionnels de partager l'information efficacement sur la démarche clinique, les ressources disponibles et leur expertise; 2) la participation assure l'apport actif de tous les professionnels au processus de prise de décision lors de situations complexes de négligence; 3) la collaboration permet le support entre professionnels. 4) La collaboration permet de clarifier le rôle de chaque professionnel par le travail quotidien avec d'autres disciplines;

5) finalement, la collaboration permet l'élaboration d'un plan de traitement souple, adapté aux variables de culture et de style de vie des enfants négligés et de leurs familles.

Cependant, Faulkner et Amodeo (1999) soulignent que l'on endosse souvent l'approche d'équipe comme une valeur certaine sans trop se soucier de son efficacité. Par contre, la recherche faite par Hochstadt et Harwicke (1985) sur la valeur de l'approche par équipe interprofessionnelle à l'égard de la négligence, démontre que c'est une approche qui a l'avantage de mobiliser un nombre plus élevé de services et de les mettre au bénéfice des enfants. Le cadre de référence élaboré par les CLSC et les Centres jeunesse démontre l'intérêt que l'on porte à consolider une meilleure articulation de services aux enfants et à leurs familles (RRSSSM/C, 1999). Cependant, ce cadre ne donne aucune directive claire pour le mode de fonctionnement requis. Ce qui laisse encore une lacune importante dans l'organisation des soins aux enfants négligés et à leurs familles.

Il semble donc que la collaboration entre professionnels constitue un élément important de l'intervention auprès d'enfants négligés et de leurs familles. Pourtant, il s'avère que le système québécois actuel ne se caractérise pas par la collaboration interprofessionnelle (Rapport Boucher & Harvey, 1991; Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 1998)

Les recherches sur les enfants négligés qui abordent la problématique du travail interprofessionnelle en santé communautaire au Québec sont absentes. Toutefois, les études réalisées dans le domaine de la violence conjugale (Martin & Lavoie, 1990; Shields, Baer, Leininger, Marlow, & Dekeyser, 1998) démontrent l'intérêt marqué que l'on porte à la collaboration interprofessionnelle dans des contextes spécifiques d'intervention en matière de violence intrafamiliale. Hochstadt et Harwicke (1985) soulignent que le premier objectif d'une approche de collaboration est de réduire la

fragmentation dans le système de dispensation des services. Cependant, il faut comprendre que le travail en collaboration est aussi susceptible d'engendrer certaines frictions. Ces frictions sont traitées par Stevenson (1989) qui identifie cinq barrières à la collaboration lorsque l'intervention vise les mauvais traitements, y compris la négligence; 1) les professionnels font partie d'une structure et d'un système différents de par leurs mandats, rôles et priorités et leurs attentes sont très vastes et très différentes selon la profession qu'ils exercent; 2) la communication est vue comme un partage; mais ce qui peut sembler une information essentielle à partager pour un professionnel, peut être perçue comme étant un bris de confidentialité pour un autre; 3) l'inégalité de statut, de pouvoir perçue, d'expertise et la différence des systèmes de pensée des professionnels contribuent à la prise de conscience des différences; 4) les priorités professionnelles et organisationnelles sont perçues différemment; ce qui est prioritaire pour un professionnel peut être perçue comme un problème qui se présente occasionnellement pour d'autres professionnels; 5) de plus, la collaboration doit prendre place entre des professionnels dont l'engagement et la connaissance peuvent être très différents.

### ***Obstacles à l'intervention dans un contexte de négligence***

La réalité de la pratique démontre encore aujourd'hui que l'on est loin de comprendre que la complexité du phénomène de la négligence exige une meilleure collaboration parmi les professionnels; que bien souvent les traitements arrivent trop tard et que la prévention serait préférable (MacLeod & Nelson, 2000). Plusieurs autres obstacles se dégagent lors de l'intervention auprès d'enfants négligés. Ces obstacles sont : l'intervention unidisciplinaire, la vision déformée des rôles parentaux, le recours au placement, le manque de formation des professionnels, le manque de balises de l'intervention, le manque d'outils d'évaluation clinique et le manque de collaboration.

Premièrement, l'intervention demeure le plus souvent unidisciplinaire. Rarement les professionnels font appel à une approche systémique d'intervention dans le cas de négligence (Charbonneau & Oxman-Martinez, 1995). Dans la majorité des cas, l'intervention vise à remédier aux aspects physiques de la négligence plutôt que de s'attaquer aux carences intellectuelles, affectives ou sociales de la famille (Cyran, 1985 cité dans Oxman-Martinez et al. 1998). Les programmes de prévention et d'intervention psychosociales sont à peu près tous bâtis à partir d'un modèle qui remet à l'individu la responsabilité de s'en sortir tout seul (Bouchard, et al., 1988). D'autre part, les intervenants s'orientent vers un suivi individuel, souvent se chevauchant dans le temps et incluant seulement l'échange d'information (Birchall & Hallet, 1995). Il s'avère que la sectorisation des services et des professionnels limite considérablement l'efficacité des interventions auprès de la famille. Cette dernière est conçue en parties séparées auxquelles on s'attaque séparément et sans concertation véritable entre les différents professionnels (Schorr, 1988). Le rapport Boucher et Harvey (1991) recommandait la mise en œuvre de programmes de sauvegarde de la famille qui prévoient une action rapide, intensive et concertée. Or, le tiers des intervenants des Centre jeunesse et 62% de leurs collègues des CLSC jugent que les services fournis ne répondent pas aux besoins de l'enfant et de la famille (Oxman-Martinez et al., 1998). De plus, 44% des professionnels de Centres jeunesse estiment que la périodicité idéale des interventions devrait être de deux fois par mois. D'autre part, 33% des professionnels vont plus loin et préconisent plus d'interventions. Cependant, 67% d'autres professionnels des CLSC jugent que les interventions bimensuelles sont nettement insuffisantes (Oxman-Martinez et al., 1998).

Deuxièmement, l'intervention met l'accent surtout sur l'amélioration des compétences parentales chez la mère (Charbonneau & Oxman-Martinez, 1995; Oxman-

Martinez et al., 1998) sans considérer que les déterminants du phénomène de la négligence sont relatifs aux conditions de vie des familles. Ces interventions visent à bonifier la capacité de la mère de pourvoir à l'éducation des enfants. Or, l'idéologie sexiste attribue uniquement à la mère la responsabilité des tâches relatives aux soins et à l'éducation des enfants. Les pères n'étant pas à ce titre responsables, ne sont pas vus comme négligents (Massé, 1992; Palacio-Quintin & Ethier, 1993). Selon Palacio-Quintin & Ethier, (1993) il est inadmissible que la mère soit le seul parent tenu responsable de négligence et le seul parent impliqué dans le processus d'intervention. De plus, l'intervention se réalise dans un contexte culturel prédominant prenant peu en compte les variables culturelles qui peuvent influencer les comportements parentaux (Forum Négligence, 1998).

Troisièmement, le recours au placement reste encore aujourd'hui une réalité. L'enfant, n'est guère suivi directement par les professionnels, hormis le placement. Bien que le taux de placement au Québec semble être à son plus bas niveau en 1994, il se maintient au-dessus de la barre de 6/1000, ce qui est relativement élevé comparativement au taux de 4,4/1000 qu'aurait connu l'Ontario en 1989 (Chatillon, 1996). De plus, Hochstadt et Harwicke (1985) soulèvent que les enfants sont placés plus longtemps que ce qui semble être nécessaire à cause d'un manque de suivi planifié. L'absence de plan à long terme se traduit par une intervention dépourvue de continuité (Wilke, 1992).

Quatrièmement, les professionnels déplorent l'absence de protocoles, de moyens d'évaluation standardisés et de formation adaptée aux besoins des enfants négligés (Charbonneau & Oxman, 1995; Forum Négligence, 1998; Oxman-Martinez et al., 1998). Reiniger, Robison et McHugh (1995) mentionnent qu'après une enquête réalisée auprès de 1368 professionnels (infirmières, médecins, professeurs) ayant reçu une formation sur

le dépistage et le signalement des mauvais traitements, les intervenants connaissent mieux les symptômes que la loi et les procédures de signalement. En 1984, le Comité de protection de la jeunesse a réalisé une importante consultation auprès de 1500 professionnels des centres hospitaliers (CH), des CLSC, des départements de santé communautaire (DSC), et des centres de protection de la jeunesse (CPEJ) concernés par le phénomène des mauvais traitements à l'égard des enfants. Les intervenants en CLSC soulignent le manque de connaissances du phénomène de mauvais traitements, le manque de formation spécifique adaptée à chaque profession, l'absence de grilles d'évaluation, l'absence de protocoles et de procédures posant les balises de l'intervention des professionnels, le manque de connaissance de la loi de protection, l'absence des programmes systématiques de dépistage dans le réseau socio-médical, le manque de concertation entre les professionnels et entre les organismes concernés. Kolbo et Strong (1998) constatent que seulement 30% des intervenants reçoivent des formations sur les mauvais traitements, y compris la négligence, de façon régulière en cours d'emploi; 38% n'ont qu'une formation à leur embauche et lorsque les ressources financières le permettent; et 32% dépendent des initiatives de leur milieu de travail.

Finalement, le manque de collaboration entre professionnels s'exprime par une piètre communication qui entrave l'évaluation dans de nombreuses situations d'enfants négligés (Allison & Ewens, 1998). Les divers organismes concernés se contredisent dans leurs interventions auprès de l'enfant et les informations données à la famille sont vagues parce que les parties ne s'entendent pas (Wilkes, 1992). Kovitz et al. (1984) mentionnent que la difficulté la plus importante qui guette les professionnels est la pression exercée par les volumes des demandes et la lourdeur de la problématique. D'après la recension des écrits réalisée par Mayer-Renaud en 1985 sur la négligence à l'égard des enfants,

l'épuisement professionnel est un élément non négligeable qui menace l'intervenant en charge des familles. De plus, il y a aussi plusieurs facteurs qui influencent négativement l'intervention : la méfiance systématique des parents, la longue durée et la fréquence des interventions nécessaires, la frustration ressentie face à l'absence de progrès visibles et l'insuffisance des ressources requises.

Devant les difficultés auxquelles font face les enfants négligés, les professionnels qui en ont soin éprouvent souvent un sentiment d'urgence. Le phénomène de la négligence est souvent très exigeant, complexe, lent d'évolution, exigeant en terme d'investissement et provoque des frustrations et des sentiments d'impuissance chez les intervenants (Ludwing, 1981; Mayer-Renaud et al., 1993). Ces différents constats révèlent la nécessité de former les professionnels à l'identification, à l'intervention, aux procédures de signalement et aussi à une meilleure collaboration.

### *Cadre de référence*

Le cadre de référence retenu pour cette étude est inspiré du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle élaboré par D'Amour (1997), un modèle d'analyse et de compréhension de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé. C'est un outil qui permet de systématiser l'analyse et la compréhension des modes réels de fonctionnement de la collaboration interprofessionnelle au sein des différentes organisations de santé. Il permet de se pencher sur la collaboration interprofessionnelle en tant que processus d'action collective au sein d'une équipe interprofessionnelle. Finalement, ce cadre permet de faire une analyse en profondeur des dynamiques à partir de quatre dimensions. C'est ce modèle qui guidera la collecte et l'analyse des données.

### **Prémisses du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle**

L'approche organisationnelle de Friedberg (1993) a inspiré l'élaboration du modèle de D'Amour (1997). L'apport de Friedberg est qu'il considère tout aussi important l'organisation des activités humaines que les rapports que les individus entretiennent entre eux dans leur contexte social. C'est une approche qui intègre les déterminants interactionnels et organisationnels. Ceci permet d'étudier les processus par lesquels sont stabilisées et structurées les interactions entre un ensemble d'acteurs placés dans un contexte d'interdépendance stratégique (Friedberg, 1993). Les trois prémisses du modèle telles qu'expliquées par D'Amour et al.(1999) sont :

La notion d'acteurs stratégiques qui affichent des comportements stratégiques selon leurs propres intérêts et en vue de se préserver une marge de manœuvre. Dans la démarche de l'approche organisationnelle, il y a donc l'hypothèse de comportements dictés par des intérêts qui deviennent un outil méthodologique pour lier les acteurs et leurs systèmes d'interactions

La contingence des acteurs: la notion de système d'action ou d'ordre local. Il existe toujours un système d'ordre local d'action, système qui comporte des contraintes. Les acteurs construisent les règles du jeu afin de médiatiser ces contraintes, de se préserver une marge de manœuvre tout en répondant aux attentes des autres participants, ceci afin de maintenir le système. Dans ce système, il est possible de repérer un minimum de régularité derrière un désordre apparent des stratégies des acteurs.

Le pouvoir comme capacité d'action : les deux prémisses précédentes sont articulées autour de la conceptualisation de l'interaction humaine en tant que relation de pouvoir, c'est-à-dire un échange non égal de ressources qui conduit à la négociation. Donc, le système d'action perçu comme un ordre négocié se trouve à être le produit de relation de pouvoir par lesquelles des acteurs interdépendants ont stabilisé leurs interactions.  
(p72-73)

Friedberg (1993) propose quatre continuum pour l'analyse et la compréhension d'un système d'action concret soit : la formalisation, la finalisation, l'intériorisation et la

délégation. D'Amour (1997) a modélisé et a bonifié ces quatre dimensions et les a adaptées au contexte de la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé. Ces quatre dimensions sont en interaction et s'influencent à des degrés différents selon le contexte. Ce modèle présente ainsi un cadre qui facilite l'étude systématique de toute action collective dans un contexte organisationnel de santé. Les quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle sont présentées et expliquées dans les paragraphes suivants.

#### *La dimension de formalisation*

La dimension de la formalisation porte sur les règles de conduite plus ou moins explicites qui tentent de régulariser et de stabiliser l'action collective par la structure formelle à savoir les structures, les règles, les procédures et la description des tâches. Selon D'Amour et al. (1999) les organisations développent de plus en plus de règles de collaboration qui placent les professionnels dans «l'obligation» de collaborer. Or, d'après ces auteurs, certaines règles sont porteuses de conflits et suscitent des revendications en regard des enjeux de pouvoir importants. Ces conflits semblent avoir des conséquences sur l'engagement des professionnels, sur la qualité des services, sur la productivité et sur le climat organisationnel. Il est important de comprendre, non pas le degré de formalisation mais d'identifier les règles suscitant des conflits. Le modèle de D'Amour (1997) a révélé deux règles dans la gestion de la collaboration interprofessionnelle soit, la coordination de l'intervention clinique et les modalités d'interaction des professionnels. La coordination de l'intervention clinique désigne et explicite les responsabilités du professionnel responsable de coordonner les autres professionnels impliqués auprès du

client. Les modalités d'interaction des professionnels fixent les paramètres d'interactions entre les professionnels qui interviennent auprès d'un même client.

### *La dimension de finalisation*

La dimension de la finalisation concerne l'existence des buts formulés et l'intégration de ces buts à l'action. Elle se traduit par le degré auquel les professionnels intègrent les buts et les résultats de leur collaboration dans leurs interactions en acceptant de faire des concessions. Dans cette dimension, D'Amour (1997) propose trois sous-dimensions dont il faut tenir compte lors de l'analyse. Ces trois sous-dimensions sont : 1) les conceptions de la collaboration interprofessionnelle; 2) les intérêts divergents et 3) les transactions des acteurs et l'intégration des résultats. Premièrement, les conceptions de la collaboration interprofessionnelle comprennent différents points de vue que les professionnels ont sur la collaboration. Pour certains, le partage d'information est une manifestation de collaboration, tandis que pour d'autres, la collaboration ne se concrétise que par la prise de décisions communes ou le partage de territoires communs. Deuxièmement, les intérêts divergents font référence aux différentes allégeances des professionnels. Ces allégeances peuvent être tout aussi bien envers le programme ou l'organisation qu'envers le territoire professionnel. Et troisièmement, les transactions des acteurs autour des buts et l'intégration des résultats de la collaboration interprofessionnelle permettent de mettre en lumière les luttes autour des enjeux de pouvoir dont les principaux sont l'accès à la clientèle et la préservation du territoire professionnel. D'Amour et al., (1999) soulignent qu'il est essentiel d'insister sur la recherche et sur la compréhension des différentes représentations qu'ont les professionnels de la collaboration et sur la reconnaissance de leurs intérêts divergents. Les

expériences de succès ou d'échec de collaboration vécue antérieurement vont influencer l'établissement des liens futurs entre professionnels (D'Amour, 1997; D'Amour et al., 1999).

#### *La dimension d'intériorisation*

La dimension d'intériorisation se traduit par la prise de conscience par les acteurs des interdépendances et la nécessité de les réguler. Les acteurs sont conscients de leur interdépendance qui est constamment récréé par les besoins complexes de la clientèle. D'Amour et al. (1999) soulignent que les professionnels éprouvent des difficultés à intérioriser le fait qu'ils doivent établir une action collective pour en arriver à une action davantage commune. Trois sous-dimensions font partie de cette dimension : 1) le processus d'interconnaissance; 2) l'établissement d'une relation de confiance et 3) le partage des territoires professionnels. (D'Amour, 1997; D'Amour et al., 1999).

La première sous-dimension est le processus d'interconnaissance qui est un ensemble d'actions qui amène des individus à se connaître en tant que professionnels. D'Amour et al., (1999) mentionnent qu'il est difficile de collaborer avec d'autres professionnels dont on connaît mal les orientations, la nature du travail ou même le vocabulaire.

La deuxième sous-dimension est l'établissement d'une relation de confiance. D'Amour et al., (1999) notent l'importance que les professionnels accordent à l'établissement d'une relation de confiance pour les raisons suivantes: 1) les équipes interprofessionnelles évoluent dans un contexte d'incertitudes élevées, incertitudes inhérentes à la complexité des situations des clients, à la disponibilité de leur réseau social et à l'échange entre les professionnels; 2) il s'agit d'équipes interprofessionnelles plus ou

moins autonomes qui régulent elles-mêmes une partie de leurs échanges et 3) la nature des échanges demande un investissement affectif de la part de chaque professionnel. Ces trois raisons incitent les professionnels à faire appel à la confiance comme mécanisme de coordination et d'intégration des membres de l'équipe. De plus, l'établissement d'une relation de confiance se développe à partir de trois attributs: 1) celui qui s'apprête à accorder sa confiance évaluera la compétence de la personne à qui il va faire confiance, 2) il évaluera sa bonne volonté à participer à une relation et 3) il évaluera son honnêteté. Selon Mayer, Davis et Schoorman (1995) la confiance implique que le professionnel se rend vulnérable aux autres membres de l'équipe en prenant un risque. Cette vulnérabilité comporte un dévoilement professionnel relié aux activités de partage dans les processus cliniques.

La troisième sous-dimension est le partage des territoires professionnels qui est au centre de la collaboration interprofessionnelle car il structure l'action collective des professionnels. Il fait référence aux savoirs spécifiques de chaque discipline et permet de délimiter le territoire de chaque professionnel. Selon D'Amour et al., (1999) les professionnels sont peu ouverts à établir des zones communes de responsabilités, surtout ceux possédant un territoire bien délimité et socialement reconnu. Ces auteurs notent que la fréquence des conflits de territoire est particulièrement importante en CLSC à cause du risque de hiérarchisation professionnelle entre des professions ayant un statut égalitaire. Une meilleure compréhension du processus d'intériorisation de la part des acteurs en regard de ces trois sous-dimensions permet de mieux saisir le degré d'appartenance à une équipe interprofessionnelle.

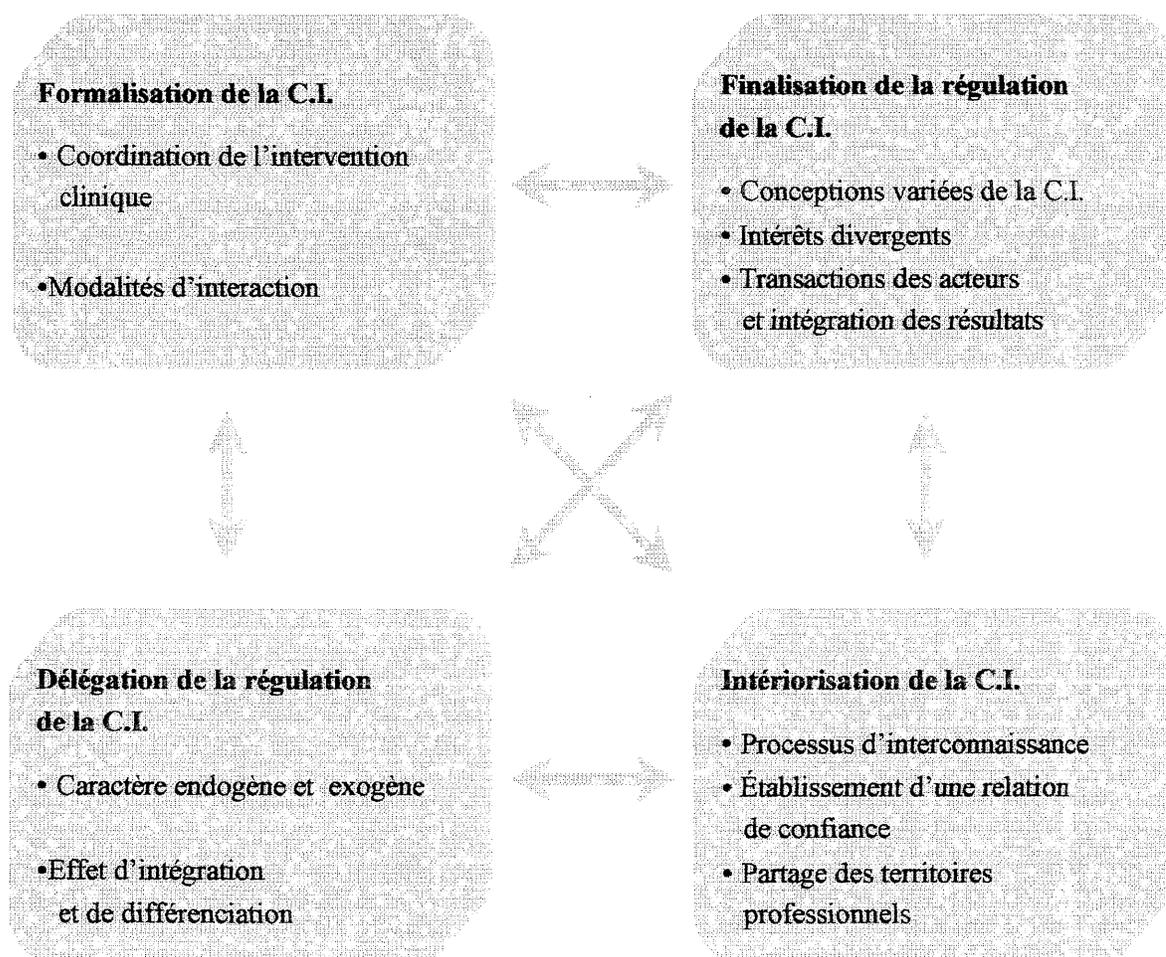
### *La dimension de la délégation*

La dimension de la délégation proposée par Friedberg (1993) signifie que pour reconnaître l'action collective, il doit y avoir une forme plus ou moins officielle ou plus ou moins explicite de délégation des responsabilités de réguler cette action. Friedberg propose 1) le caractère endogène et exogène de la délégation et 2) D'Amour (1997) propose l'effet de l'intégration et de différenciation. Premièrement, le caractère endogène et exogène de la délégation réfère respectivement aux moyens internes utilisés pour gérer l'action collective et aux influences externes qui agissent sur l'action collective (ex : les ordres professionnels et la réglementation gouvernementale). La délégation exogène soulève la question des influences externes. Par exemple, la tendance actuelle veut que le client ait une participation active dans l'élaboration de son plan d'intervention. Deuxièmement, l'intégration fait appel aux éléments rassembleurs qui révèlent et encouragent les points de convergence et la mise en œuvre de cette convergence (ex : outils de collecte des données communs, plan d'intervention individualisée). La différenciation traite des éléments de la régulation qui encouragent le caractère spécifique et distinct des professions (ex : les modèles conceptuels unidisciplinaires). Selon D'Amour et al. (1999) ce n'est pas tant le degré explicite de délégation qui est important mais bien les effets de la délégation.

En conclusion, le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997), s'avère une contribution importante pour orienter l'analyse de la collaboration dans les équipes interprofessionnelles œuvrant dans le contexte de la santé. Les différentes dimensions identifiées par D'Amour (1997) favorisent la compréhension des dynamiques internes des équipes. Ainsi, ce modèle (*Figure 1*) ouvre la voie pour que

éventuellement sur les améliorations à apporter pour renforcer leur collaboration. Il nous apparaît difficile de situer la place de la clientèle dans le modèle. Toutefois, en tant qu'intervenant on reconnaît qu'elle est centrale dans le processus de collaboration.

Figure 1. Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997)



### Chapitre III : La méthodologie

Ce chapitre aborde les aspects méthodologiques suivants : le devis de l'étude, le choix du cas, la sélection du milieu et des participants, le déroulement de l'étude, les outils de collecte des données qualitatives, la démarche d'analyse, la rigueur méthodologique et les considérations éthiques.

Il s'agit d'une étude descriptive de type qualitatif visant à comprendre le processus de collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe qui intervient auprès d'enfants à risque de négligence. D'Amour et al. (1999), soulignent que la compréhension du phénomène de la collaboration interprofessionnelle passe par la compréhension de la façon dont un groupe d'individus construit son action et du contexte dans lequel se construit son action et de l'interaction entre les deux.

#### *Le devis de l'étude*

Afin de pouvoir comprendre le processus de collaboration entre professionnels qui travaillent auprès d'enfants à risque de négligence, nous privilégions le devis de l'étude de cas unique (Yin, 1994). Ce devis suppose une analyse en profondeur des divers aspects d'une situation pour en faire apparaître les éléments significatifs et les liens qui les unissent pour ainsi saisir la dynamique particulière de cette situation (Collerette, 1997). L'étude de cas est particulièrement adaptée lorsque le chercheur veut approfondir sa compréhension d'un phénomène particulier (Stake, 1994; Yin, 1994).

La définition de l'unité d'analyse constitue une étape importante de l'étude de cas. L'étudiant chercheur doit cerner l'unité d'analyse, c'est-à-dire préciser et circonscrire l'objet de son étude (Collerette, 1997; Yin, 1994). Cette unité d'analyse peut correspondre à une personne, une famille ou une organisation, mais elle peut aussi être un processus (Yin, 1994). Dans la présente étude de cas, l'unité d'analyse est définie comme étant le processus de collaboration des professionnels dans un contexte

d'intervention auprès d'enfants de 0-5 ans à risque de négligence et de leurs familles. Les relations de collaboration interprofessionnelle sont analysées à travers des processus cliniques impliquant l'échange d'information, la planification de l'intervention, l'intervention et le suivi de l'intervention à l'égard d'un enfant à risque de négligence et de sa famille.

De plus, ce devis oblige à délimiter les frontières du cas, c'est-à-dire à déterminer ce qui est à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur (Stake, 1994). Dans la présente étude, le cas est défini comme l'ensemble des relations de collaboration d'une équipe interprofessionnelle en première ligne en CLSC. Les relations de collaboration avec des professionnels provenant d'autres institutions sont exclues. Cette étude porte sur un seul cas, soit une équipe interprofessionnelle en première ligne en CLSC. L'étude de cas unique s'avère utile dans les situations où l'on veut éclairer le comment et le pourquoi des phénomènes et on peut y avoir recours pour des situations qui, sans être rares, semblent riches en informations (Collerette, 1997). Dans la présente étude, ce devis permet à l'étudiante chercheur d'expliquer les particularités (Gauthier, 1992) du processus de collaboration interprofessionnelle à l'égard de l'enfance à risque de négligence. Ce qui peut ainsi aider à reconceptualiser la notion de collaboration interprofessionnelle (D'Amour et al., 1999) dans ce contexte d'intervention et à dégager des principes, des variants ou des invariants transférables à d'autres problématiques de forte interdépendance (Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, & Pires, 1997).

L'étude de cas permet le recours à un cadre de référence a priori qui sert à délimiter ce qui devrait être exploré tout en laissant place à l'émergence des nouveaux éléments (Creswell, 1997). Ainsi, cette recherche est guidée par le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle élaboré par D'Amour (1997). Les

quatre dimensions du modèle soit la formalisation, la finalisation, l'intériorisation et la délégation serviront de cadre de référence pour guider la collecte et l'analyse des données.

#### *Définition opérationnelle des concepts à l'étude*

Deux concepts majeurs sont analysés lors de cette recherche, soit la collaboration interprofessionnelle et le risque de négligence. Dans le cadre de cette recherche, il s'avère donc nécessaire de formuler une définition opérationnelle de ces concepts. Selon Fortin (1997), opérationnaliser un concept signifie le définir de manière qu'il puisse être observé ou mesuré; il devient ainsi un phénomène. La définition opérationnelle que nous proposons est basée sur le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997), sur la définition adaptée de la négligence de Mayer et al. (1993) et sur notre réflexion personnelle. Cette définition se lit ainsi :

Toute action entreprise par l'équipe interprofessionnelle de partage d'information et de prise de décision commune lors de rencontres cliniques à l'égard d'enfants à risque de négligence et de leurs familles. Ces actions se structurent à partir d'une démarche systématique de soins et influencent la dispensation des soins donnés aux enfants qui se retrouvent dans un contexte multidimensionnel qui les prive des éléments jugés essentiels pour le développement de leurs capacités physiques, intellectuelles et émotives.

#### *La sélection du milieu*

Le milieu choisi est le programme de Petite Enfance-Famille (PEF) en CLSC où les professionnels sont les plus susceptibles de rencontrer des situations d'enfants à risque de négligence. Le programme PEF vise à prévenir les situations de risque pour l'enfant et sa famille et à promouvoir leur santé. Les services offerts sont diversifiés (rencontres pré et postnatales, ateliers de stimulation précoce pour les bébés, une halte-

garderie...) et de nature individuelle et/ou de groupe. Les interventions sont dispensées par des intervenants provenant de différentes professions. Le Comité de Petite-Enfance, est formé d'une équipe multidisciplinaire qui se réunit deux fois par mois. Les demandes de la clientèle d'Enfance-famille sont traitées à l'intérieur de ce comité. De plus, ce comité assure un lieu formel pour les discussions cliniques à l'ensemble de professionnels de PEF. Une coordonnatrice assure la gestion administrative du programme et la gestion clinique du Comité de Petite-Enfance.

Le choix du milieu s'est effectué à partir des deux critères de sélection suivants:

- 1) l'équipe Enfance-famille devait avoir une structure formelle d'organisation basée sur une dynamique de collaboration interprofessionnelle et 2) le CLSC devait être situé dans un quartier défavorisé. Le premier critère a trait aux CLSC ayant une structure formelle d'organisation basée sur une dynamique de collaboration interprofessionnelle. Ce genre de structure place les professionnels dans l'obligation de collaborer (D'Amour et al., 1999). Le choix du premier critère permettait de nous assurer que des discussions cliniques fréquentes existaient entre professionnels de différentes disciplines. Ces discussions cliniques ont lieu à l'intérieur du Comité Enfance-famille. Le deuxième critère de sélection se justifie par le fait que le risque de négligence augmente de façon exponentielle avec l'augmentation du niveau de pauvreté (Mayer, 1997). Selon les statistiques de Centres Jeunesse de Montréal (1996-1998), le taux de négligence chez les enfants de 0-5ans se situe entre 61/1000 enfants signalés dans les quartiers défavorisés comparativement à 7/1000 enfants signalés dans les quartiers riches. Deux CLSC, parmi les 29 à Montréal, présentent à eux seuls 18.4% des cas déclarés pour cause de négligence infantile. Enfin, le CLSC choisi se trouve dans un quartier urbain socio-économiquement défavorisé.

### *La sélection des participants*

Les participants sont des professionnels de l'équipe Enfance-famille intervenant auprès d'enfants de 0-5 ans. Ces professionnels sont le plus souvent impliqués dans des situations de risque de négligence à l'intérieur des différentes activités de prévention, de promotion et d'intervention en première ligne. Six professionnels de discipline différente ont participé à l'étude soit une infirmière, une travailleuse sociale, un médecin, une psychoéducatrice, une éducatrice spécialisée et un superviseur clinique de l'équipe Enfance-famille. Ces professionnels devaient répondre aux critères de sélection suivants : 1) participer ou avoir participé à l'intervention directe auprès d'enfants à risque de négligence ou d'enfants négligés; 2) avoir une expérience d'au moins deux ans dans le programme Enfance-famille et 3) accepter de participer à l'étude sur une base volontaire.

### *Description des participants*

Les participants de l'étude ont entre deux et quinze ans d'expérience auprès de la clientèle d'Enfance-famille. La plupart des professionnels (5/6) ont un poste à temps plein et un professionnel (1/6) est à temps partiel. Cinq professionnels (5/6) ont plus de 40 ans. Deux professionnels (2/6) détiennent une formation collégiale, trois autres (3/6) détiennent une formation universitaire de premier cycle et un autre (1/6) détient une formation de deuxième cycle. L'ensemble des professionnels participent depuis plus de deux ans au Comité Enfance-famille.

### *Le déroulement de l'étude*

Plusieurs étapes ont marqué le processus de recrutement des participants. Premièrement, l'étudiante chercheur a contacté par téléphone un responsable de la

Direction de la santé publique de Montréal-Centre afin d'avoir des statistiques actualisées des taux de négligence chez les enfants de 0-5 ans, répartis par territoire de CLSC. Cette étape était importante dans la mesure où les données statistiques disponibles sur les signalements retenus offraient à l'étudiante chercheur un indicateur pour déterminer les milieux où les enfants étaient potentiellement à risque de négligence. Deuxièmement, l'étudiante chercheur a contacté les CLSC par la poste afin de solliciter leur participation à la recherche. (voir appendice A). Durant le mois d'avril 2000, un CLSC a accepté de nous rencontrer afin de participer à la recherche. L'étudiante chercheur fut invitée à rencontrer la responsable clinique afin de lui soumettre le projet de recherche. Une lettre expliquant la nature du projet a été remise lors de cette rencontre afin qu'elle soit présentée aux professionnels participant au Comité de Petite-enfance-famille (PEF) (voir Appendice B). L'étudiante chercheur fut ensuite invitée à rencontrer ce comité dans le but de présenter tous les aspects de la recherche et pour répondre aux questions des professionnels. Lors de cette rencontre d'information, les professionnels intéressés à participer ont donné leur accord pour faire partie de l'étude. L'étudiante chercheur a remis à chaque professionnel une lettre expliquant le projet de recherche (voir Appendice B) et le formulaire de consentement (voir Appendice C). Deux semaines plus tard, l'étudiante chercheur a contacté chaque professionnel pour confirmer leur participation à la recherche et fixer un rendez-vous. La collecte des données s'est échelonnée du mois d'avril au mois de mai 2000.

#### **La collecte des données**

Yin (1994) note que l'étude de cas ne peut se faire à partir d'une seule méthode de collecte des données mais doit être basée sur de multiples sources de données. La confrontation des données obtenues à partir de différentes sources a permis d'apporter

une certaine robustesse aux résultats. Les données triangulées permettent d'augmenter la validité interne de l'étude (Yin, 1994). Quatre sources de données furent utilisées dans le cadre de cette recherche soit : l'entretien semi-structuré, l'observation de rencontres cliniques, l'analyse des documents cliniques et le journal de bord de l'étudiante chercheur.

L'entretien est l'une des méthodes essentielles pour colliger l'information dans les études de cas (Yin, 1994). L'étudiante chercheur a adopté un entretien semi-structuré axé sur la réponse des professionnels qui permet de comprendre la signification accordée à un événement ou à un phénomène d'après la perspective des participants (Fortin, 1997). Un entretien axé sur la réponse des professionnels répond à un plan préétabli et permet ainsi de corroborer les informations avec d'autres sources de collecte des données (Yin, 1994; Lessard-Hebert, Goyette, & Boutin, 1996). À cet effet, l'étudiante chercheur a préparé un guide comportant des questions ouvertes à partir des quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997) qui ont guidé l'entretien. (voir Annexe D).

Au début de chaque entretien, les participants ont été informés du caractère confidentiel de leur propos et le formulaire de consentement fût signé et remis à l'étudiante chercheur. Chaque entretien individuel fût conduit dans le bureau du professionnel-participant et a duré environ 75 minutes. Tous les entretiens furent enregistrés sur bandes magnétiques et le verbatim a été transcrit intégralement en vue de l'analyse ultérieure. Suivant chaque entretien, l'étudiante chercheur a rapporté dans son journal de bord ses observations concernant les données recueillies.

L'observation présume que le phénomène d'intérêt n'est pas purement historique, mais que les comportements et les conditions environnementales sont aussi

accessibles à l'observation (Yin, 1994). Nous avons opté pour une observation passive qui a permis de recueillir des données de nature descriptive où l'intervention reste minimale afin de réduire l'influence des particularités socioculturelles de l'étudiante chercheur (Poupart et al., 1997). L'observation a fourni ainsi des données additionnelles relatives au phénomène étudié (Yin, 1994). L'étudiante chercheur a participé à trois réunions cliniques du Comité de Petite-enfance-famille à intervalle de deux semaines chacune et a observé 9 discussions cliniques portant sur des situations d'enfants âgés entre 0-5 ans. Sur ces 9 discussions cliniques, 5 dossiers concernaient des enfants à risque de négligence. L'observation a porté principalement sur les échanges des professionnels lors des différentes étapes du processus clinique soit, lors de la collecte des données et l'identification du problème, de la planification et de l'évaluation. À cet effet, l'étudiante chercheur a préparé une grille d'observation à partir du modèle de D'Amour (1997) pour guider la collecte d'informations lors des rencontres cliniques et axer son regard sur le processus de collaboration des professionnels (voir Annexe E). Suite à chaque observation, l'étudiante chercheur a consigné dans son journal de bord les faits saillants des observations. Ce qui lui a permis de porter une attention particulière sur le niveau de participation des professionnels lors de discussions cliniques. Dimock (1993) mentionne que deux observations de 5 minutes chacune, pendant une heure d'échanges entre participants à une réunion, permettent de mieux saisir le degré de participation de chaque personne. Un diagramme des interactions est présenté dans le chapitre des résultats (voir figure 2, chapitre IV).

L'analyse documentaire permet d'ajouter la dimension du temps à la compréhension du phénomène social (Poupart et al., 1997). Elle permet aussi de corroborer ou d'augmenter les informations obtenues par les autres sources de collecte

des données (Yin, 1994). Dans la présente étude, l'étudiante chercheur a porté son attention sur les documents, cliniques et administratifs. Les documents cliniques assurent la formalisation de la collaboration interprofessionnelle et favorisent la transmission de l'information entre professionnels. Ces outils sont : les collectes des données uniprofessionnelles et le plan d'intervention individualisé (PII). Différents documents clinico-administratifs ont été analysés (les mémos sur les règles et procédures de discussions cliniques; les définitions de : l'intervenant pivot et la description de ses responsabilités, la famille à risque, la compétence parentale etc). Ces documents ont permis de mieux comprendre l'évolution du travail en équipe interprofessionnelle et ont servi principalement à confirmer les informations obtenues à partir des entretiens des professionnels.

L'étudiante chercheur a tenu un journal de bord où elle a noté le déroulement quotidien de la recherche. Ce journal a servi à consigner ses comportements, ses valeurs, ses croyances, ses questionnements, ses doutes, ses perceptions, ses réflexions personnelles tout au long de la recherche (Poupart et al., 1997).

En somme, la triangulation des données obtenues par ces quatre sources de collecte de l'information permet à l'étudiante chercheur de tirer avantage du caractère complémentaire de chaque source de collecte d'information, ainsi que la possibilité d'accroître la robustesse des données, en confrontant l'information à partir de différentes méthodes.

### *L'analyse des données*

En ce qui a trait à l'analyse des données, Yin (1994) mentionne qu'elle consiste à examiner, catégoriser ou à combiner autrement les données colligées par les différentes sources, ce qui rend l'analyse particulièrement complexe. L'auteur souligne que le

recours à un cadre de référence permet de cibler le phénomène à l'étude parce que les propositions théoriques sont définies à priori. L'auteur soutient qu'une des stratégies d'analyse consiste à comparer les données empiriques avec les propositions théoriques (*pattern-matching*) et ainsi augmenter la validité interne de l'étude. Tel a été le cas dans cette étude. L'étudiante chercheur a pris le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1997) pour guider l'analyse des données et laisser émerger de nouveaux concepts. Ce modèle a permis à l'étudiante chercheur de codifier et de catégoriser les données à partir des quatre dimensions proposées par le modèle.

Ainsi, l'analyse des données obtenues a été réalisée en s'inspirant des trois étapes de Huberman et Miles (1991) tel que le propose Yin (1994). Les trois étapes sont : la condensation des données, la présentation des données et finalement, l'élaboration et la vérification des données. (voir Annexe F).

#### *La condensation des données*

La condensation des données, proposée par Huberman et Miles (1991), consiste à repérer dans le discours des sujets les éléments les plus significatifs par rapport à chacune des dimensions et des sous-dimensions proposées par le modèle qui sert de guide pour la codification et la catégorisation des données. La condensation des données est une étape qui va du moment où on détermine un champ d'observation jusqu'au moment où on décide d'appliquer un système de codage et de faire des résumés. Il s'agit là d'un premier moment d'interprétation dans une recherche qui consiste à élaguer, trier, distinguer et organiser les données (Huberman & Miles, 1991). L'étudiante chercheur a eu le souci de réviser l'ensemble des données en laissant place aux thèmes émergents et de sélectionner les extraits qui se rapportent aux dimensions du modèle choisi. Ceci a

permis à l'étudiante chercheur de se familiariser avec les données colligées. L'étudiante chercheur a ainsi, dans un premier temps, constitué une banque de données réunissant l'ensemble des verbatims obtenus lors des entretiens. Chacun des entretiens a été retranscrit sur support informatique. Le logiciel QSR N.U.D.I.S.T a permis à l'étudiante chercheur la gestion de l'ensemble des données obtenues par les entretiens. Cette première étape a été suivie d'un premier codage des entretiens. Une validation de la codification de deux entretiens a été réalisée par une personne ayant une expertise personnelle (Sandelowski, 1998) du processus de la collaboration interétablissement et le cadre de référence tel que suggéré par Huberman & Miles (1991) ce qui a permis de réajuster la codification initiale.

#### *L'organisation et la présentation des données*

Les données sont présentées selon des formats spécifiques de présentation conçus pour rassembler de l'information et l'organiser sous une forme compacte immédiatement accessible (Huberman & Miles, 1991). Cette phase déterminante de l'analyse permet à l'étudiante-chercheur : 1) de se représenter les données dans un espace visuel réduit, 2) d'aider à planifier d'autres analyses, 3) de faciliter la comparaison de différents ensembles de données et 4) d'assurer l'utilisation directe des données dans le rapport final (Lessard-Hebert et al., 1996). Huberman et Miles (1991) mentionnent que le recours à des modes de présentation qui réduisent et structurent les données sont une voie importante d'amélioration de l'analyse des données qualitatives. L'étudiante chercheur a privilégié la présentation des verbatims des participants afin de représenter les résultats ainsi que des tableaux récapitulatifs de l'information obtenue lors des

observations et de deux diagrammes d'interactions des professionnels lors des discussions cliniques.

### *L'interprétation et la vérification des conclusions*

L'interprétation et la vérification des conclusions se définissent comme «l'attribution d'une signification aux données réduites et organisées, et ce, au moyen de la formulation de relations ou de configurations exprimées dans des propositions ou des modèles» (Lessard-Hebert et al., 1996 p.80). L'étudiante chercheur note des régularités, des explications, des schèmes, des configurations possibles, des tendances causales (Huberman & Miles, 1991). Lors de cette phase, l'étudiante chercheur a adopté la triangulation des données par les différentes sources utilisées pour colliger l'information permettant la validation des données.

### *Les critères de rigueur*

Selon Pourtois et Desmet (1988), quatre critères de qualité doivent guider la stratégie de recherche soit, la crédibilité, la constance interne, la fiabilité et la transférabilité.

La crédibilité répond à la question suivante : quelle garantie l'étudiante chercheur fournit-elle quant à la qualité et à la quantité des observations effectuées ainsi qu'à l'exactitude des relations qu'elle établit entre les observations lors de l'interprétation?. Ce critère réside dans la justesse et la pertinence du lien établi entre les observations empiriques et leur interprétation (Laperrière, 1993). Dans le cadre de cette recherche, l'étudiante chercheur a eu recours à deux règles méthodologiques pour assurer la crédibilité de l'étude, à savoir : 1) le recours à la triangulation des données à partir des différentes sources utilisées pour colliger les informations; l'entretien, l'observation,

l'analyse documentaire et le journal de bord et 2) l'utilisation du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle élaboré par D'Amour (1997). Ce modèle a permis de comparer les données empiriques avec les propositions théoriques (*pattern-matching*) (Yin, 1994)

La constance interne est assurée par l'indépendance des observations et des interprétations par rapport à des variations accidentelles ou systématiques telles que le temps, l'expérience et la personnalité du chercheur (Pourtois & Desmet, 1988). L'étudiante chercheur a assuré la rigueur de l'étude par 1) une description précise et détaillée des procédures employées pour récolter et interpréter les données et 2) la méthode de la triangulation des données.

Pour sa part, la fiabilité, selon Pourtois et Desmet (1988), consiste en l'indépendance des analyses par rapport à l'idéologie du chercheur. Ce critère est en relation avec l'objectivité du chercheur. La prise de conscience de ce dernier en ce qui a trait à ces propres jugements et la reconnaissance de ceux-ci en tant qu'éléments répercutant les analyses et interprétations. L'étudiante chercheur s'est attardé à écrire dans son journal de bord les réflexions, les questions, les préconceptions et les décisions qui sont associées au processus de recherche. Le lecteur peut ainsi se faire une idée juste du processus entrepris. De plus, l'utilisation du modèle de la structuration de la collaboration interprofessionnelle élaboré par D'Amour (1997) qui guide la collecte et l'analyse des données permet une mise à distance qui, elle, garantit une meilleure objectivité et assure la fiabilité.

Finalement, la transférabilité dans le contexte de cette étude constitue une opportunité pour mieux comprendre la collaboration interprofessionnelle d'une équipe œuvrant en première ligne en CLSC. Stake (1994) note que le but d'une étude de cas est

de représenter un cas spécifique. À cet effet, l'étudiante chercheur a assuré la rigueur de l'étude par la description détaillée du site de la recherche, par la sélection des participants de diverses professions et par le choix des participants ayant l'expérience et la pertinence par rapport au but de la recherche.

### *Les considérations éthiques*

La présente étude a été soumise et acceptée par le comité d'éthique de l'Université de Montréal. Le CLSC participant a été informé de cette procédure. Les professionnels ont donné leur consentement libre et éclairé pour la participation aux entretiens ainsi qu'à l'enregistrement sur bande audio. Ces bandes seront détruites suite à l'acceptation du mémoire. Les participants ont été assurés du respect de la confidentialité et de la possibilité de refuser de participer ou de se retirer à tout moment de la recherche. Aucune donnée nominale du milieu et des participants a été notée dans le rapport de recherche.

## Chapitre IV : La présentation des résultats

Ce quatrième chapitre présente les principaux résultats de l'étude en lien avec le but de la recherche qui est de mieux comprendre le processus de collaboration interprofessionnelle auprès d'enfants à risque de négligence en première ligne au Québec.

Ces résultats sont présentés en fonction des dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997) qui permet une lecture structurée et dynamique de la collaboration interprofessionnelle. Ces dimensions sont : 1) la formalisation ou les règles structurant l'action des professionnels; 2) la finalisation qui réfère à la conception de la collaboration, aux buts poursuivis et aux divergences des intérêts des professionnels; 3) l'intériorisation ou la prise de conscience de liens entre professionnels; 4) la délégation implicite des éléments encourageant la spécificité des professionnels et ceux visant leur intégration.

Il nous paraît important de faire ressortir que la place du client n'est pas précisée dans le modèle de D'Amour (1997). Or, Golin et Ducanis (1981) soulignent que l'équipe a trois composantes majeures: 1) les professionnels, 2) le contexte et 3) le client. D'Amour (1997) a intégré les deux premières composantes. Dans cette recherche, nous portons un intérêt particulier à la place que les professionnels assurent à la clientèle.

### ***Formalisation***

La formalisation réfère principalement aux règles et aux procédures dont se sont dotées les membres de l'équipe pour donner une forme à leur collaboration. Dans cette étude, plusieurs règles et procédures régissant la collaboration ont été identifiées lors des entretiens et de l'analyse documentaire, règles et procédures qui peuvent être regroupées sous trois sous-dimensions : 1) *la coordination de l'intervention clinique* définissant les responsabilités du professionnel assurant la coordination avec les autres membres de

l'équipe impliqués auprès d'un même client; 2) *les modalités d'interaction* fixant les paramètres des interactions entre les professionnels impliqués; 3) *la gestion des demandes* définissant la procédure à suivre par les professionnels pour traiter une demande de services d'un client. Les deux premières sous-dimensions correspondent à celles identifiées par D'Amour (1997) et la dernière sous-dimension émerge des données de l'étude. Les résultats de cette dimension sont présentés à partir d'une comparaison entre les données tirées de l'analyse des documents et des entretiens des participants.

### *Coordination de l'intervention clinique*

La coordination de l'intervention clinique est assumée par un professionnel qui, à titre d'intervenant pivot, assure la coordination avec les autres membres de l'équipe impliqués auprès d'un même client. Les participants accordent une place importante à l'intervenant pivot en ce qui a trait à la collaboration interprofessionnelle. D'après les données colligées, la règle veut qu'il y ait un intervenant pivot désigné pour chaque client qui fait une demande de services au programme Petite-enfance-famille (PEF). Cette règle définit le professionnel qui assume le rôle d'intervenant pivot et précise ses fonctions. (Tableau 1)

Tableau 1

#### Définition de l'intervenant pivot

<b>Intervenant pivot</b>	<b>Analyse documentaire</b>	<b>Entretiens</b>
Définition	« ...L'intervenant pivot est la personne qui a été identifiée par le Comité d'admission ou le Comité de révision de cas comme étant celle qui intervient le plus au niveau de la problématique principale. Il est un clinicien du CLSC spécifiquement nommé pour assurer la coordination fonctionnelle du plan d'intervention et de services auprès de l'équipe multidisciplinaire et l'animation du processus lié au suivi de ce plan »	« ... La personne pivot est celle qui reçoit le dossier et après une première évaluation, va regarder ce qu'elle va mettre en place pour aider madame » (entretien #2) «...La personne pivot c'est surtout celle qui va intervenir le plus, celle qui va être la plus proche de la famille »(entretien #6)

Les participants soulignent que les critères de désignation de l'intervenant pivot doivent tenir compte de deux éléments : la compétence du professionnel et le lien de confiance développé avec le client.

*« ...Je pense que les intervenants sont capables de voir que quand c'est de leur ressort d'être des intervenants pivots, ils acceptent de le faire. Des fois ce n'est pas si clair que ça, non plus. Des fois, il y a deux intervenants qui sont très impliqués, mais il faut en nommer un, alors c'est sûr qu'on s'organise un peu selon ce que les intervenants pensent ou disent. On discute avec eux. » (entretien # 6)*

Les différentes fonctions attribuées à l'intervenant pivot assurent la coordination des autres professionnels impliqués auprès d'un client tel que mentionné auparavant. Ces fonctions sont de l'ordre de l'évaluation de la demande, la référence à d'autres professionnels, la mise en place des services pour le client et l'élaboration du plan d'intervention individualisé (PII) en concertation avec les autres professionnels concernés. Outre le suivi régulier du client, l'intervenant pivot doit s'assurer de partager avec les autres professionnels impliqués et le client les décisions prises sur le suivi et être une personne ressource autant pour la famille que pour les professionnels. (Tableau 2)

Tableau 2

## Description des fonctions de l'intervenant pivot

<b>Intervenant pivot</b>	<b>Analyse documentaire</b>	<b>Entretiens</b>
<b>Fonctions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Maintenir une connaissance à jour de la situation et des besoins globaux et particuliers des usagers dont il a la responsabilité</li> <li>-Assurer l'actualisation du plan d'intervention et de services</li> <li>-Convoquer et animer lorsque nécessaire, l'équipe multidisciplinaire impliquée dans le plan d'intervention et de services</li> <li>-Établir des liens entre l'utilisateur et les ressources impliquées dans la réalisation du plan d'intervention et de services</li> <li>-Disposer avec célérité des événements importants</li> </ul>	<p>«...On identifie toujours un intervenant pivot et c'est cette personne-là qui doit faire le plan d'intervention [...] avec les intervenants concernés. C'est elle qui va l'écrire au dossier » (entretien # 6).</p> <p>«... Quand on rencontre les parents [...].l'intervenant pivot est toujours invité » (entretien # 1)</p> <p>«...C'est la personne qui est pivot dans le dossier qui voit à ce que la famille soit au courant du pourquoi des interventions » (entretien #5)</p>

Cependant, les participants notent que la charge de travail habituelle de ces professionnels leur laisse peu de temps pour assurer leurs fonctions d'intervenant pivot, à savoir la coordination des services et la collaboration avec les autres professionnels impliqués. Ceci peut s'avérer une contrainte importante à la collaboration interprofessionnelle.

*« ...Le fait que les intervenants pivots aient à faire et le plan d'intervention et beaucoup d'administration plus qu'avant, ça enlève du temps pour se parler; c'est plus difficile de se rejoindre » (entretien #1)*

#### *Modalités d'interactions cliniques*

Les modalités d'interaction cliniques réfèrent aux moyens que les professionnels utilisent pour favoriser leur collaboration en regard des aspects cliniques. Ces moyens d'interaction sont de trois ordres : 1) le dossier clinique; 2) les discussions cliniques et 3) le PII. Dans les sections suivantes, les résultats relatifs à ces trois moyens sont décrits.

#### *Dossier clinique*

Normalement, chaque client du CLSC a un dossier clinique unique qui permet d'assurer la transmission écrite des informations entre professionnels concernant les différentes interventions qu'ils réalisent ainsi que les informations relatives à l'évolution de l'état de santé du client. Toutefois, deux participants sur six soulèvent deux problèmes concernant la tenue du dossier dans les situations de familles à risque de négligence. Premièrement, pour ces participants, les notes d'évolution des professionnels en ce qui a trait aux comportements parentaux à risque sont inscrits seulement au dossier du parent et non dans celui de l'enfant. Deuxièmement, les professionnels ne consultent pas systématiquement les dossiers du parent et de l'enfant

lors des visites au CLSC. Ceci entraîne chez les professionnels concernés un manque d'information sur la situation réelle de l'enfant à risque et de sa famille.

La règle qui se dégage des entretiens est que les notes d'évolution au dossier soient à jour et consultées régulièrement par les professionnels impliqués dans le suivi. En outre, tout changement dans la situation d'un client doit être communiqué rapidement à ceux-ci. Les résultats laissent supposer que les professionnels ne respectent pas systématiquement cette règle. Tel que mentionné auparavant, les notes d'évolution inscrites dans des dossiers différents peuvent s'avérer une contrainte importante à la coordination des services ainsi qu'aux interventions des professionnels impliqués dans les situations d'enfant à risque de négligence. Les propos de ce participant illustrent ceci :

*« ... On est tous dans le même dossier, donc on peut tous voir dans le même dossier où est rendu un cas, sans en avoir nécessairement parlé [...] J'ai eu un dossier l'autre jour d'un enfant qui a juste deux pages mais je suis allé chercher le dossier de la mère. Dans le dossier de la mère, il y avait trente pages. [...] alors, l'idéal c'est que les notes soient mise à jour au dossier puis qu'on lise le dossier tous les jours. [...] moi, je vais souvent regarder dans les notes [...] Mais ce n'est pas clair dans le dossier de l'enfant qu'il faut que j'aille voir dans le dossier de la mère. Si je ne n'ai pas été avertie. Ici c'est un petit CLSC, ce qui nous aide » (entretien #5)*

#### *Discussions cliniques*

Les discussions cliniques sont un autre moyen permettant aux professionnels de développer leurs liens de collaboration. Les participants se disent satisfaits de ces discussions car elles favorisent l'échange d'expertise, aident au développement d'un climat collégial et assurent le support nécessaire aux professionnels lors des situations complexes. Les entretiens et l'analyse documentaire ont permis de dégager les éléments régissant ces discussions. Les professionnels discutent de la situation d'un client lors de

la réunion du comité Petite-enfance-famille qui a lieu aux deux semaines. Ce comité formé depuis 1996, est composé de représentants mandatés par les différents groupes professionnels du programme de PEF. Il est composé de huit professionnels dont une infirmière, une travailleuse sociale, un médecin, deux éducatrices familiales, une auxiliaire familiale, une psychoéducatrice et un superviseur clinique. Habituellement, huit à dix personnes dont les membres du comité Petite-enfance-famille et les professionnels impliqués auprès du client participent aux réunions. Chaque discussion clinique dure en moyenne trente minutes. Chaque professionnel décide seul de la pertinence de présenter la situation de santé d'un client pour une discussion clinique. L'observation de discussions cliniques a permis de constater que la plupart des situations portaient sur des enfants pouvant être considérés à risque de négligence. Une des trois conditions suivantes doit s'appliquer lorsqu'un professionnel souhaite présenter la situation d'un client à la rencontre du comité: 1) le client est suivi par plusieurs professionnels; 2) le professionnel impliqué dans le suivi souhaite introduire un intervenant d'une autre discipline mais rencontre de la résistance de la part de la famille; et 3) la réévaluation du plan d'intervention est nécessaire.

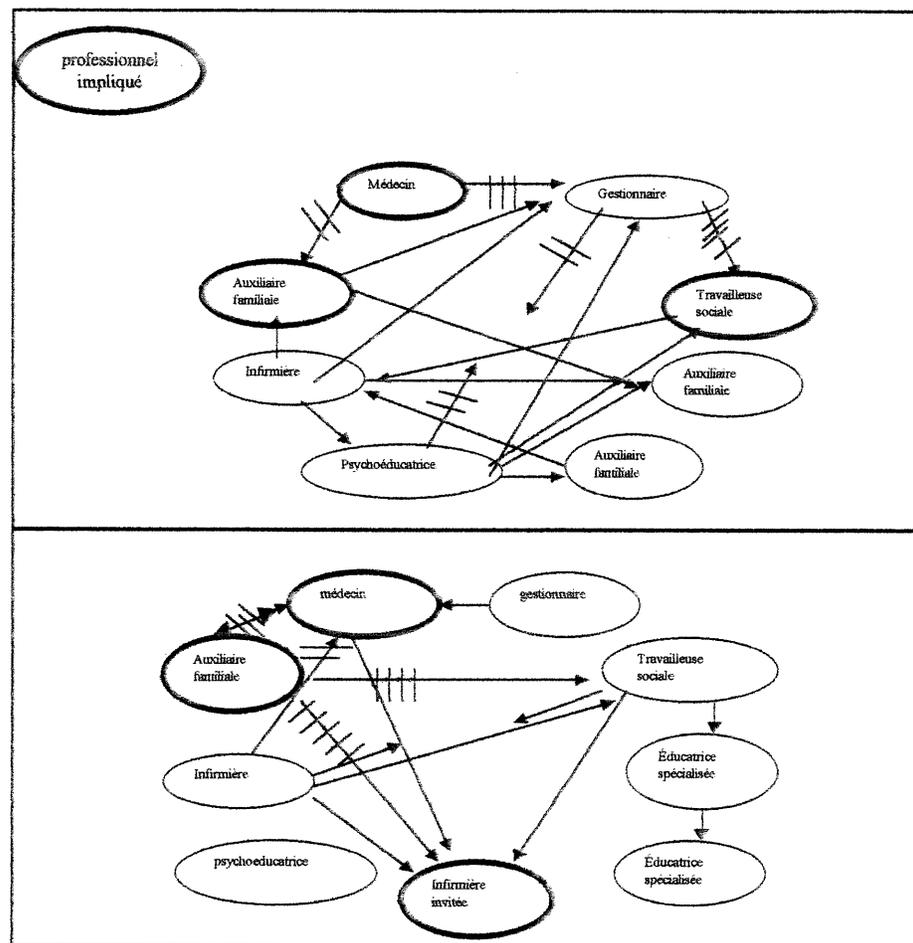
*« ... Tout le monde est satisfait de ces rencontres, parce qu'on prend le temps justement d'écouter la personne qui présente puis aussi cela nous permet, je dirai d'évaluer l'urgence du service »( entretien # 1)*

*« ...C'est un comité où on peut prendre le temps de discuter d'un dossier, voir la part des autres confrères, de leurs perceptions, de comment ils voient le dossier » (entretien # 2)*

L'observation des discussions cliniques a permis de dégager deux constats : 1) les interactions lors des discussions cliniques se font principalement entre les professionnels impliqués directement auprès du client. Ceci est illustré par deux

diagrammes d'interactions (Dimock, 1993 ) et 2) la majeure partie de la discussion clinique est consacrée à la collecte de données et très peu au PII. Ces deux constats semblent intimement reliés car le nombre de participants (8-10 professionnels/discussion clinique) limite les interactions à un partage sur la collecte des données et laisse peu de temps pour l'analyse et la planification du suivi. La figure 2 illustre l'interaction des professionnels participant à deux discussions cliniques. Les flèches indiquent les interactions entre les professionnels impliqués directement auprès d'un même client et les barres obliques illustrent l'intensité des interactions entre ces professionnels.

Figure 2 : Diagramme d'interaction de deux discussions cliniques.



Les résultats de cette observation montrent que la plupart des échanges cliniques se font principalement entre les professionnels impliqués directement auprès du client. Il est à noter que la participation de certains professionnels est limitée voire inexistante. L'observation de ces deux discussions cliniques a permis de constater que chaque professionnel s'engage selon son bon vouloir dans le partage clinique.

A partir des entretiens réalisés auprès des participants et de l'observation des discussions cliniques, nous avons identifié deux éléments pouvant nuire au partage entre les professionnels à savoir : certains professionnels n'acceptent pas de présenter de discussions cliniques et certains professionnels présentent des dossiers incomplets.

Premièrement, selon les participants, les professionnels qui n'acceptent pas de présenter de discussions cliniques perçoivent le comité PEF comme « une cour martiale ». Trois raisons peuvent expliquer ceci : 1) la peur du professionnel d'être jugé par ses pairs; 2) l'obligation à dévoiler les interventions auprès du client; et 3) pour certains professionnels la présentation de discussions cliniques n'est pas vue comme une nécessité. Ces raisons incitent les professionnels à ne pas vouloir présenter de dossier. Toutefois, la perception des professionnels tend à évoluer et les discussions cliniques sont perçues comme un moyen aidant l'échange de l'expertise des professionnels.

*« ... Il faut briser des barrières parce qu'il y a des gens qui ont peur de venir au comité. Il y a des gens pour qui ça fait peur, qui se sentent menacés [...] d'être obligés de dire le travail qu'ils font, de parler de la famille qu'ils voient devant des personnes. C'est sûr que cela peut être intimidant. [...] il y a des gens qu'on voit presque jamais au comité » (entretien #3)*

*« ... Il y a encore des gens qui ne veulent pas venir présenter des cas au comité. Il y a encore des gens qui ne voient pas la nécessité, qui aussi on vu le comité comme une cour martiale. Des gens sentaient qu'ils devaient venir rendre compte au comité de ce qu'ils faisaient [...] mais je pense que de moins en moins ils le voient comme ça. Ils le voient comme un comité qui peut les aider dans leur travail »(entretien #6)*

Deuxièmement, l'observation des discussions cliniques a montré que certains professionnels n'ont pas toutes les informations sur les dossiers lors de la présentation au comité PEF. Deux dossiers sur neuf ont été refusés car la collecte des données était incomplète. Les participants mentionnent que les professionnels ont refusé d'utiliser des grilles d'évaluation pour les discussions cliniques afin de ne pas alourdir leur charge de travail.

*« ...Je pense qu'on marche pas mal par chacun sa formation. Qu'on ait des grilles ou des outils pour évaluer deux mois plus tard, trois mois plus tard, non, on n'est pas très bon [...] ici »(entretien #5)*

*« ... On ne voulait pas non plus que ce soit un comité où on était obligé de se préparer et puis remplir de la paperasse. Je pense que chacun y va dans sa façon d'être de présenter un dossier[...] on n'a pas de grille et puis ce n'était pas notre intention d'avoir ce comité là pour alourdir. Tu sais, on en remplit déjà assez de papiers. On n'avait pas le goût d'avoir une grille de présentation »(entretien # 2)*

#### *Plan d'intervention individualisé (PII)*

L'ensemble des participants mentionnent que l'implantation du PII est un élément permettant de préciser, de concrétiser et d'évaluer les objectifs d'intervention cliniques pour le client. Le PII est un outil clinique commun à tous les professionnels. Il est annexé au dossier du client, (ce qui assure la transmission écrite des objectifs d'intervention aux autres professionnels du CLSC) et permet également d'identifier les professionnels directement impliqués. L'intervenant pivot est responsable de l'élaboration et de la mise à jour du PII dès qu'il y a deux professionnels impliqués auprès d'un client. L'absence de PII au dossier dans les situations complexes de santé peut entraver la continuité des services et des soins au client.

*« ... Très positif ça fait toujours peur un petit peu, ça à l'air énorme, mais ce n'est pas énorme. C'est un outil. Il est temps qu'on s'en serve parce que*

*récemment on a eu un autre cas qu'on a perdu un petit bout de suivi qu'on avait à faire parce que, justement il n'y avait pas de plan dans le dossier ». (entretien # 5)*

*« ...Le plan d'intervention est établi généralement quand on est 2 ou 3 au comité, ce qui peut arriver par la suite, c'est qu'on se revoit juste les 2 ou 3 personnes ensemble pour discuter » (entretien # 4)*

Bien que les professionnels manifestent leur accord quant à l'implantation du PII, ils notent cependant que l'élaboration requiert du temps, des rencontres additionnelles (dans un contexte où la charge de travail est déjà importante) et des habilités techniques de base pour la rédaction (ex : la rédaction d'objectifs clairs et réalistes. Les professionnels travaillent et discutent plus en détails en équipe de deux ou trois intervenants la situation de santé d'un client. Ceci semble être un moment apprécié par les participants pour renforcer leurs liens de collaboration interprofessionnelle.

*« ...C'est extrêmement difficile de trouver le temps pour le faire, parce que les intervenants pivot ont une charge de travail incroyable depuis qu'elles ont tous les plans d'interventions à faire ». (entretien # 1)*

*« ...Des fois, je pense aussi qu'on a trop des grands objectifs. On ne travaille pas sur des choses assez concrètes avec les gens. Et là il va falloir faire des plans d'intervention très concrets, avec des objectifs qu'on peut mesurer, avec des indicateurs » (entretien #6)*

Pour améliorer l'utilisation du PII, les participants mentionnent l'importance d'allouer du temps à l'intérieur des réunions cliniques pour clarifier les interventions, pour fixer un but commun d'intervention et pour écrire des objectifs d'interventions réalistes, concrets et mesurables.

*« ...Il faut s'entendre au départ sur l'objectif commun à travailler ensemble et ça c'est au comité généralement ou ça va être dit. Parce que si ce n'est pas clair, ça donne rien de partir chacun de son côté, c'est important au départ de clarifier [...] qui va faire quoi? » (entretien # 4)*

*« ...C'est facile de discuter d'un dossier mais quand on arrive pour se dire qu'est-ce qu'on va faire maintenant? Ca va être quoi nos objectifs? C'est toujours plus difficile et on bâcle toujours ça très vite [...] c'est difficile d'écrire des objectifs [...] c'est facile de l'avoir en tête mais c'est difficile de les écrire » (entretien #3).*

L'ensemble des participants reconnaît que le client doit occuper une place primordiale dans l'élaboration de son PII car c'est lui qui détermine le problème sur lequel il veut travailler. Les professionnels soulignent l'importance de respecter et de tenir compte des besoins exprimés par le client dans l'élaboration du PII.

*« ... Quand on va faire le plan d'intervention, je pense qu'il faut s'adresser à la famille pour savoir quels problèmes elle veut travailler. [...] je pense qu'on va devoir beaucoup parler à la famille avant d'élaborer un plan théorique ou disons fait par les intervenants » (entretien #6)*

Toutefois, il ne semble pas exister de règle quand à la participation du client. Les entretiens avec les participants et l'observation des neuf discussions cliniques ont permis de constater que la famille est exclue du processus décisionnel. Selon les participants, les professionnels informent la famille du but des services offerts sans lui demander son avis et lui annoncent les objectifs du PII sans encourager sa participation. Ceci a pour conséquence la non implication de celle-ci dans le suivi. De plus, les professionnels notent que dans les situations à risque de négligence le PII doit être constamment adapté compte tenu de l'instabilité de la famille.

*« ...Je pense que c'est ça qu'on fait actuellement. On voit des problèmes, on cible des objectifs [...] mais je pense que des fois, on oublie d'en parler vraiment à la famille. On va leur annoncer le plan d'intervention, mais on ne l'a pas vraiment partagé. C'est pour ça aussi qu'on arrive à rien [...] dans les familles parce qu'eux ne reconnaissent pas les problèmes que nous avons identifiés et ne veulent pas plus les travailler. [...] C'est rare qu'ils refusent carrément, mais les objectifs qu'on se fixe ne se réalisent pas [...] le plan se fait entre les intervenants et on en informe la famille et on leur propose » (entretien # 6)*

*« ... Avec ces familles [...] tu ne peux pas avoir un plan d'intervention. Tu fais le plan d'intervention sur ce qu'il te donne sur le moment et puis tu construis » (entretien #3)*

### *Gestion des demandes*

La gestion des demandes se définit comme la procédure à suivre par les professionnels pour traiter une demande de services d'un client. Les participants soulignent que la centralisation des demandes au comité de PEF a amélioré la gestion et par ricochet le suivi des demandes. La centralisation des demandes permet aux professionnels de s'assurer de l'admissibilité de la clientèle de PEF aux services, et d'identifier les professionnels impliqués par la demande. L'étude révèle l'importance accordée par les participants à la centralisation des demandes qui favorise ainsi une réponse rapide à une clientèle considérée à risque. De plus, il s'avère important d'accorder les services, après l'évaluation réelle des besoins de la clientèle, en ayant un souci particulier pour la clientèle plus à risque.

*« ... On n'est pas là pour donner des services aux clients et donner à tout le monde: on est là pour voir quelles sont les personnes qui en ont besoin puis quelles sont celles qui sont le plus à risque, justement et qui ont besoin de plus d'intensité de services » (entretien #6)*

*« .... En Enfance-famille c'est délicat de faire des listes d'attente. Tu reçois une demande et il faut que tu évalues assez rapidement parce que tu ne sais pas si justement c'est à risque ou pas. Parce que la demande ça n'a pas toujours rapport à ce que l'on évalue » (entretien #3)*

En conclusion la dimension de la formalisation de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte d'intervention auprès d'enfants à risque de négligence est nécessaire et souhaitée par les professionnels. L'analyse des différentes règles et procédures régissant la coordination clinique, les modalités d'interaction cliniques ainsi que la gestion des demandes permet de constater que les professionnels

adhèrent à celles-ci. Les résultats obtenus en regard de la coordination clinique montrent l'importance accordée au professionnel qui assume la fonction d'intervenant pivot. Cette fonction de coordination s'avère être un élément important du processus de collaboration interprofessionnelle. Il importe de souligner que les modalités d'interaction cliniques identifiées par les participants : le dossier, les discussions cliniques et le PII, assurent la transmission d'informations entre professionnels. Ces modalités d'interaction constituent des moyens concrets qui favorisent chez les professionnels le développement de liens de collaboration. Finalement, l'analyse des résultats de la sous-dimension « gestion des demandes » a permis de constater que la centralisation des demandes est une règle à laquelle les professionnels adhèrent.

### *Finalisation*

La dimension de la finalisation du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1997) réfère à trois sous-dimensions à savoir : 1) la conception de la collaboration, 2) les intérêts divergents et 3) les transactions des acteurs et l'intégration des résultats. Les résultats des sous-dimensions sont présentés dans les paragraphes suivants.

#### *Conception de la collaboration*

Les résultats montrent deux niveaux de collaboration soit 1) entre les professionnels et 2) entre les professionnels et le client. Il est important de souligner que les professionnels partagent la même conception de la collaboration. Le travail en équipe semble être le mode de prestation de soins auquel ils adhèrent dans le discours. Certains participants mentionnent que l'intervention de plusieurs professionnels auprès d'un client exige plus de travail de concertation, plus de rencontres et plus de réflexion.

rencontres et plus de réflexion. En outre, ils notent que les professionnels ne peuvent travailler seuls car les situations sont complexes. Ils soulignent l'importance de se donner du support pour éviter d'une part que le suivi repose sur un seul professionnel et d'autre part pour éviter l'isolement professionnel

*« ...Je pense que[...] plusieurs intervenants au niveau d'un dossier, ça demande beaucoup de travail. Le travail en multi ça demande qu'on s'assoit, qu'on réfléchisse sur une même situation, qu'on respecte beaucoup nos rôles. [...] Si je travaille en collaboration, on va s'asseoir toutes les trois [...] on va dire il y a telle situation, on a été jusqu'à tel point [...] et puis on va évaluer le potentiel à risque » (entretien # 2)*

*« ...Je trouve qu'est ce qui est important [...] c'est d'échanger les informations qu'on a parce que ça devient très lourd de porter toute seule des dossiers comme ça [...] alors c'est pour ça que c'est important de travailler en concertation aussi pour se sentir compris, en tout cas, dans les dossiers qu'on va travailler ensemble » (entretien # 4)*

Les participants soulignent que pour se tenir informés et prendre des décisions appropriées en regard d'un suivi clinique, ils se voient dans la nécessité de se rencontrer régulièrement de façon informelle. Ce qui implique plus de disponibilité et plus de flexibilité pour se concerter et pour travailler ensemble.

*« ... On va discuter et on peut réorganiser des choses là, parce que même s'il y a eu une discussion qui avait été faite au comité, entre nous on peut faire des changements. » (entretien # 4)*

*« ...Je ne vais pas signaler si ce n'est pas urgent sans en parler aux autres, en venir à un espèce de consensus » (entretien #5)*

Certains participants mentionnent que la stabilité de l'équipe est un élément essentiel pouvant contribuer à améliorer les liens de collaboration. Ils notent qu'une équipe stable assure un accompagnement continu ainsi que l'expertise de plusieurs professionnels auprès d'un même client. De plus, cela permet aux professionnels de

partager leurs valeurs et leurs croyances à l'égard des enfants à risque de négligence et de délimiter le rôle de chacun.

*« ...Que tout le monde s'assoit ensemble, tous ceux au moins qui ont à travailler dans ce dossier[...] on va tous avoir à travailler dans la même direction. [...] Je pense qu'il faut qu'on se donne, encore là des moyens pour développer un langage commun ». (entretien #3)*

*« ...Je pense que pour avoir idéalement une collaboration, il faut avoir un groupe de travail stable, qu'on ait fondamentalement parlé de c'est quoi nos valeurs par rapport à la négligence, qu'on en ait discuté ensemble. Ca prend des assises de base [...] pour qu'au moment où on travaille, qu'on ait pas de chocs de valeurs ». (entretien #2)*

Les participants décrivent leurs liens de collaboration comme étant positifs et améliorés depuis que le comité de PEF a été mis en place. Ce comité a favorisé l'articulation et la stabilité de l'équipe ainsi que le partage (informations, expertises, connaissances, etc.) entre professionnels. Les résultats montrent que les professionnels adhèrent, dans leur discours, à un travail en équipe centré sur une réponse rapide à la clientèle de PEF pour dépister les situations à risque, évaluer les demandes et allouer des services.

*« ... Ce qu'on vit [...] en équipe de travail ici c'est une collaboration différente dans le sens que l'intervention se fait beaucoup plus au niveau d'un plan de travail [...] conjoint. [...] C'est beaucoup plus de partage. (entretien #2)*

L'analyse des résultats montre cependant qu'il n'y a pas toujours de concertation entre les professionnels et qu'il n'y a pas de philosophie commune d'intervention. Par ailleurs, certains participants soulignent que la collaboration entre le secteur social et le secteur de la santé demeure fragile et à certains égards, conflictuelle. De plus, les résultats ont permis de constater que la famille est fractionnée par problème. Les professionnels semblent conscients de l'importance de coordonner les interventions et les services ainsi que de respecter la demande initiale du client, cependant, la

collaboration interprofessionnelle semble se concrétiser difficilement dans les interventions cliniques. De plus, les participants soulignent que ces interventions sont souvent nombreuses et ont un impact mitigé chez l'enfant et sa famille.

*« ... En regardant la clientèle Enfance-famille, en voyant le travail qui se faisait dans les dossiers où les enfants avaient cinq ou six ans et on s'apercevait qu'il y avait eu beaucoup d'intervenants mais que finalement on arrivait toujours avec les mêmes problèmes. Les cas revenaient pour les mêmes problèmes »(entretien #6)*

*Conception de la collaboration entre professionnels et clients.* La collaboration des professionnels avec le client se caractérise par un échange d'informations. Les décisions relatives au plan d'intervention sont prises par le professionnel traitant et la famille en est informée. Tel que mentionné antérieurement, les professionnels reconnaissent, dans le discours, que le client occupe une place primordiale. Cependant, la conception de la collaboration entre professionnels et client confine ce dernier à un rôle d'observateur passif.

*« ... Les intervenants sont habitués à faire une évaluation puis à trouver des solutions; après ça informer, aller informer le client, puis essayer de le partager. Mais ce n'est peut-être pas la bonne façon »(entretien #6)*

*« ... Quand j'ai une demande précise de la part de la famille, je leur dis que ça va être discuté et que je vais la ramener et [...] dire écoutez, on a discuté et pour l'instant on peut vous offrir ça, [...] qu'elle sache que la question ne vient pas que de moi, qu'il y a eu une concertation ailleurs » (entretien # 4)*

Les participants soulignent que les liens de collaboration entre la famille et les professionnels dépendent de la participation de celle-ci au suivi proposé. Pour les participants, il est plus facile d'intervenir auprès des familles qui démontrent une prédisposition à s'engager dans un processus de changement. Cependant, l'intervention exige de la souplesse, de la flexibilité et de la patience puisque les résultats ne sont pas

immédiats. De plus, selon les participants, les professionnels font face à leurs propres limites dans l'intervention car ils sont confrontés à des valeurs très différentes des leurs.

*« ...On n'a pas toujours la collaboration des parents. Quand les parents ne sont pas volontaires, notre action devient très limitée. Quand les parents sont volontaires, [...] je pense que les choses sont assez claires ». (entretien # 1)*

*« ...Moi, je vais y partager c'est quoi [...] mes limites, les choses que j'accepte, que je suis capable d'accepter. [...] Mais ce qu'on rencontre souvent en négligence, c'est qu'au moment où la madame [...] vient ici pour tel problème, [...], elle a le choix de se retirer et de ne pas revenir à la prochaine entrevue et puis malheureusement c'est souvent ce qui arrive en négligence ». [...] (entretien # 2)*

Le fait de travailler auprès d'une clientèle à risque de négligence semble influencer la perception des professionnels à l'égard de ce type de famille. Certains participants soulignent que ces familles sont perçues comme étant problématiques. Ce qui peut être un obstacle au développement de liens de collaboration entre les professionnels et le client.

*« ...Il faut être congruent [...] surtout dans ces cas là parce qu'on peut s'en faire passer des belles [...]. On n'arrive pas à ce moment là à mettre le doigt sur rien [...] tout nous file entre les doigts » (entretien #3)*

### *Intérêts divergents*

Les intérêts divergents réfèrent aux différentes allégeances des professionnels. Au regard des intérêts des professionnels, cette étude a permis de mettre en lumière deux aspects contraignant la collaboration : la présence des cadres de référence unidisciplinaires et le manque de consensus quant aux facteurs de risque utilisés dans l'évaluation de l'enfant à risque de négligence.

Un important constat que cette recherche nous a permis de dégager concerne la présence des cadres de références unidisciplinaires. Certains participants mentionnent

que chaque professionnel évalue le client en fonction de son cadre de référence professionnel et des facteurs de risque propres à sa discipline. L'utilisation de ces cadres de références unidisciplinaires font en sorte d'une part, que les intérêts professionnels sont différents et d'autre part que l'évaluation initiale des besoins du client peut être divergente. Il est à souligner que ceci semble être source de friction entre les professionnels. Les professionnels se sont dotés d'outils de planification (ex : le PII) mais il ne semble pas exister de cadre de référence interprofessionnel permettant aux professionnels d'avoir une vision commune de la situation du client.

*« ...La préoccupation est là pour tout le monde mais l'évaluation n'est pas la même. [...] on ne fait pas les mêmes évaluations et c'est là où ça accroche » (entretien # 3)*

*« ... On n'a pas les mêmes schèmes de travail, non plus » (entretien # 2)*

*« ... On a un spectre de risques identifiables qui se ressemble, je pense. Il y a des risques légers, modérés, sévères. Mais je pense que oui, habituellement, on voit la même chose »(entretien#5)*

Un autre résultat concerne le manque de consensus entre les professionnels sur les modalités d'évaluation initiale du client. Certains professionnels croient que l'évaluation initiale du client devrait être faite par un seul intervenant alors que d'autres croient en la présence de plus d'un professionnel lors de cette évaluation. Ces derniers justifient cette position par la présence de plusieurs facteurs de risque.

*« ... Quand ils reçoivent un avis médical qui leur dit; mère toxicomane, visite urgente. Pourquoi ils envoient uniquement une infirmière? Moi, je dis automatiquement [...] pourquoi ils n'envoient pas deux personnes, une travailleuse sociale et une infirmière? C'est ça les services qui s'offrent. [...] Il faut que les gestionnaires entendent ce que les superviseurs cliniques veulent » (entretien #2)*

Il est plausible de penser que l'absence de cadre de référence commun peut influencer sur la qualité d'évaluation du potentiel de risque de négligence chez l'enfant car ce qui peut sembler prioritaire ou urgent pour un professionnel, peut ne pas l'être pour un autre.

### *Transaction et intégration des résultats*

La transaction et l'intégration des résultats réfèrent aux buts communs poursuivis par les professionnels. Les résultats de cette recherche montrent que les professionnels partagent un but commun à savoir : assurer une réponse rapide à toute demande concernant la clientèle de PEF. Les participants soulignent que le dépistage de cette clientèle est nécessaire car le potentiel de risque est souvent méconnu. Ils notent que leur collaboration dans les situations d'enfants à risque de négligence est essentielle afin d'éviter la multiplicité d'intervenants auprès d'un même client.

De plus, certains participants reconnaissent l'importance des interventions de dépistage en postnatal réalisées par les infirmières. Ils identifient l'infirmière comme étant le professionnel ayant un accès direct à la clientèle infantile à risque de négligence. Par conséquent, les participants reconnaissent l'infirmière comme étant la porte d'entrée de cette clientèle aux services de PEF. Ce qui explique l'importance accordée au dépistage et à la référence de ces situations au comité PEF.

*« ... C'est eux la porte d'entrée [...] qui ont un gros travail de dépistage à faire [...].J'aurais pas de dossier si j'avais personne pour m'en référer. (entretien #3)*

*« ... Par leur travail, la porte d'entrée de la négligence ce sont les infirmières par les visites postnatales » (entretien #2)*

En somme, la finalisation de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte d'intervention auprès d'enfants à risque de négligence montre que les

professionnels adhèrent dans le discours à un travail en équipe interprofessionnelle. Les professionnels reconnaissent aussi que la clientèle occupe une place primordiale. Cependant, les résultats soulèvent les difficultés qu'éprouvent les professionnels à concrétiser des interventions cliniques communes et à intégrer le client dans son processus de soins. Il importe de souligner que l'évaluation initiale du client est source de friction entre les professionnels. L'utilisation des cadres de référence unidisciplinaires ne favorise pas une vision commune de la situation du client. Finalement, la transaction et l'intégration des résultats s'illustrent par l'intérêt des professionnels d'assurer une réponse rapide aux demandes de la clientèle de PEF et la reconnaissance de la place de l'infirmière dans le dépistage d'enfants à risque de négligence.

### *Intériorisation*

L'intériorisation réfère à la prise de conscience par les acteurs des interdépendances et la nécessité de les réguler. Nous allons présenter dans nos résultats les trois sous-dimensions identifiées par D'Amour (1997) soit le processus d'interconnaissance; l'établissement d'une relation de confiance et le partage des territoires professionnels.

#### *Processus d'interconnaissance*

Le processus d'interconnaissance est un ensemble d'actions qui amènent les professionnels à se connaître en tant que professionnels. Ce processus permet d'établir des liens interprofessionnels (et peut créer des liens interpersonnels) dans la mesure où les actions entreprises dans leur travail quotidien leur permettent de mieux se connaître. L'analyse des données a permis de constater que depuis que le comité PEF a été mis en place, les relations de ce groupe de professionnels se sont améliorées. Les participants

soulignent que ce comité leur a permis de mieux connaître leurs pratiques professionnelles. Bien que la mise en place du PII et des discussions cliniques présentent des difficultés, ces moyens ont favorisé l'échange des vues et les liens de collaboration des professionnels de PEF. L'observation des rencontres du comité a permis de constater que chaque discussion clinique était une occasion de favoriser le partage entre pairs. Le PII est une façon de concrétiser ce partage. De plus, les rencontres informelles tenues par les professionnels impliqués par le suivi d'un enfant à risque de négligence et de sa famille favorisent le partage sur les modes d'intervention et sur les valeurs et les croyances à l'égard de ceux-ci. Celles-ci leur permettent de mieux se connaître, de mieux travailler ensemble, de mieux définir le rôle de chacun et de mieux intervenir auprès de la clientèle.

*« ... Quand il n'y a pas de collaboration c'est parce que les gens ne savent pas ce que les autres font, ce que les autres sont capables de faire, puis comment ils peuvent travailler ensemble. Il y a [...] souvent juste de la méfiance, mais c'est à cause de l'ignorance [...]. Puis je pense que quand les gens sont mis ensemble plus souvent, discutent plus souvent ensemble que ces choses-là peuvent changer la façon de travailler. (entretien #6)*

*« ... C'est sûr que c'est plus facile quand t'as des contacts avec les personnes sur une base plus régulière, c'est plus facile à ce moment là travailler avec » (entretien #3)*

Enfin, un participant mentionne que dans les dernières années, les professionnels de PEF ont eu seulement deux journées de formation sur la situation spécifique d'enfants à risque de négligence. Ce qui ne semble pas être satisfaisant compte tenu de la complexité de la problématique. Malgré le peu de formation relative à cette problématique, les professionnels mentionnent que cela leur a permis de démystifier la problématique, d'échanger sur les facteurs de risque et le dépistage ainsi que de mieux

connaître les mandats du CLSC. Les participants soulignent que des efforts doivent se faire pour favoriser une meilleure connaissance des professionnels à l'égard de la problématique de la négligence. Ils suggèrent d'autres activités de formation particulièrement sur les valeurs et les croyances des professionnels à l'égard des enfants à risque de négligence.

*« ...Parce que moi je pense qu'en négligence faut questionner beaucoup. Faut souvent se remettre en question. On est souvent face à des valeurs différentes, à des perceptions de ce que c'est la négligence. C'est quoi nos limites aussi » (entretien # 2)*

#### *Établissement d'une relation de confiance*

L'analyse des résultats montre que les participants manifestent une certaine satisfaction quant à leur collaboration. L'ensemble des participants soulignent que leurs liens de collaboration se sont améliorés depuis la création du comité PEF. L'observation des discussions cliniques a permis de constater l'effort mis de l'avant pour favoriser la prise de décisions communes. Le climat détendu de ces rencontres semble susciter le développement des liens de confiance.

*« ...Je trouve que maintenant, on est une belle équipe. On a appris à travailler ensemble. On est capable de se parler, de collaborer dans des dossiers ensemble. Je trouve qu'on est capable même si entre nous autres on est pas toujours d'accord » (entretien#3)*

*« ...Il y a un partage des responsabilités qui est fait au niveau du plan de travail. On part au niveau de chacune de nos expertises et puis on détermine des balises et [...] on détermine une orientation commune. » (entretien # 2)*

Toutefois, le fait que certains professionnels ne participent pas aux discussions cliniques ou ceux qui présentent des dossiers incomplets nous font remettre en question le degré de confiance développé entre les professionnels.

Il ressort des résultats que la relation de confiance semble être influencée par deux éléments : la reconnaissance de la compétence entre professionnels et la bonne volonté des professionnels de référer le client au bon moment. Le premier élément, soit la reconnaissance de la compétence, s'exprime lorsque le rôle de chacun est connu et reconnu par les pairs et lorsque chacun connaît ses limites professionnelles dans l'intervention auprès d'un client. Cependant, les résultats démontrent qu'il existe une certaine méconnaissance du rôle que chaque professionnel assume à l'égard de l'enfant à risque de négligence et des limites professionnelles dans l'intervention. Le deuxième élément, soit la bonne volonté des professionnels de référer le client au bon moment semble être source de conflit car les répondants disent que certains professionnels attendent trop longtemps avant de référer à d'autres professionnels. Ils réfèrent lorsque leurs interventions ont été infructueuses auprès du client ainsi que lorsqu'ils se sentent dépassés par les événements. Ce qui peut avoir comme conséquence de renforcer le manque de confiance des professionnels.

*« ...Souvent, elles sont allées au maximum de leurs connaissances avec un dossier et avant de référer ont essayé des choses, [...] et là trouvent que ça n'avance peut-être pas comme elles le voulaient et là disent , on a fait ce qu'on pouvait alors on le donne à d'autres intervenants » (entretien # 6)*

*« ... Des fois on trouve que [...] en fait trop... elle prend un rôle qui devrait pas lui revenir. C'est toute une question aussi de savoir comment amener un autre professionnel à entrer dans un dossier. »(entretien # 3)*

Certains participants soulignent que lorsqu'il y a des suivis conjoints de la clientèle, les professionnels apprennent à mieux connaître leur façon d'intervenir. Ce qui a comme conséquence de renforcer les liens de confiance et de créer une certaine complicité. Cette complicité peut être perçue comme un élément positif dans

l'intervention auprès d'un client. À ce sujet les propos d'un participant illustrent bien cette affirmation:

*« ... Quand tu travailles avec quelqu'un avec qui tu as travaillé sur d'autres dossiers, avec qui tu es en contact lors des réunions communes, [...] tu connais un peu sa façon de travailler, ses opinions [...] et je pense que ça peut se faire sentir au niveau d'une famille. » (entretien # 3)*

#### *Partage des territoires professionnels*

Cette sous-dimension réfère à la délimitation des responsabilités et aux territoires professionnels (D'Amour, 1997). L'étude de cas a aidé à mieux comprendre comment les participants déterminent les responsabilités de chacun sachant que la problématique de risque de négligence est décrite comme une zone où l'on retrouve le chevauchement de plusieurs professionnels.

*Zone de chevauchement professionnel.* Les participants définissent une zone de chevauchement comme une situation clinique complexe qui ne peut être jugée exclusivement sociale et/ou médicale et où la spécificité professionnelle est difficile à délimiter.

*« ..À chacun ses compétences, mais un moment donné, veut, veut pas, ce n'est pas du médical pur, comme négligence n'est pas nécessairement du social pur. [...] Sans enlever la responsabilité à l'autre ou surtout pas aller jouer dans la façon de soigner[...] je pense que les frontières ne sont pas absolues » (entretien # 5)*

L'analyse des entretiens et l'observation des discussions cliniques ont permis de faire deux constats à savoir : le partage de responsabilités entre les professionnels est influencé par la demande du client et les professionnels sont prêts à ouvrir les frontières professionnelles dans les zones de chevauchement. Le premier constat fait ressortir que la demande du client détermine le niveau d'intervention et de participation des

différents professionnels au suivi du client. Les différents problèmes affectant la famille de l'enfant à risque de négligence sont traités en parallèle par des professionnels différents. Il ressort des résultats que les professionnels ont des difficultés à intégrer leur pratique professionnelle dans les situations à risque de négligence. Les professionnels tendent à intervenir en solo auprès du client selon le principal besoin identifié.

*« ... Ca dépend toujours de la problématique, s'il y a une inquiétude au niveau de la santé de l'enfant, c'est évident que moi je peux avoir un plus grand suivi au niveau de cette famille. Par contre, si la problématique est plus sociale, je pense que le plan va s'aligner avec plus d'interventions sociales » (entretien # 4)*

Ceci permet de constater que les professionnels ne se font pas nécessairement confiance, et que l'intégration entre le secteur social et de la santé reste fragile. Cependant, les participants manifestent leur volonté de mieux collaborer.

Le deuxième constat montre d'une part, que les professionnels sont prêts à ouvrir leurs frontières professionnelles à condition qu'on leur reconnaisse les responsabilités spécifiques à leur domaine d'expertise. La majorité des participants notent que, dans le contexte spécifique de l'intervention ciblant les enfants à risque de négligence, les frontières professionnelles doivent être perméables et flexibles. D'autre part, les participants mentionnent qu'il est important de respecter les territoires professionnels et de ne pas les dépasser outre mesure. Ces résultats contradictoires démontrent que les professionnels ne sont pas prêts nécessairement à ouvrir les frontières professionnelles. Les résultats dévoilent que le discours et la pratique des professionnels se concrétisent difficilement dans les faits.

*« ... Je pense qu'il ne faut pas trop dépasser parce qu'on n'a pas les mêmes compétences. Alors, si on dépasse trop souvent, on a un problème. Alors il ne faut pas trop dépasser. Je pense que quand ça dépasse, c'est parce qu'il y a un besoin immédiat à être dépassé et c'est toujours rattrapé. Si je marche toujours dans les plates-bandes de [...], je pense qu'elle ne sera pas contente puis elle va avoir raison » (entretien #5)*

Nous pouvons conclure que la dimension de l'intériorisation de la collaboration interprofessionnelle est essentielle pour comprendre le monde des rapports humains d'une équipe. Le processus d'interconnaissance se développe par les moyens mis en oeuvre permettant de renforcer les liens de collaboration. Cependant, il ressort que les professionnels connaissent encore mal les cadres de référence des autres professionnels. L'établissement d'une relation de confiance semble être influencée par les croyances relatives à la compétence des professionnels et à la bonne volonté des professionnels. Finalement, le partage des territoires professionnels est influencé par la demande du client qui détermine le niveau d'implication des professionnels. Il est à souligner la volonté manifeste de la part des professionnels à avoir des frontières professionnelles souples et flexibles lorsque l'intervention vise l'enfance à risque de négligence. Cependant ceci se concrétise difficilement dans les faits.

### *Délégation*

La délégation de la régulation du travail interprofessionnel peut avoir un caractère endogène ou exogène. La délégation endogène réfère aux mécanismes internes dont l'établissement s'est doté pour régulariser la collaboration des professionnels. Dans cette étude, la délégation est confiée au comité de PEF et au superviseur clinique. Tandis que la délégation exogène réfère aux influences externes régulant la collaboration des professionnels à savoir le cadre de référence entre CLSC et les Centres jeunesse. Les paragraphes suivants présentent les résultats concernant cette dimension ainsi que les effets sur la régulation de la collaboration interprofessionnelle.

### *Le comité PEF et le superviseur clinique*

Dans le cas étudié, la responsabilité de la régulation de la collaboration entre les professionnels repose sur le comité de PEF. L'instauration de ce comité a assuré la mise en place des moyens, tels que les discussions cliniques et le PII, favorisant une meilleure gestion des demandes de la clientèle de PEF et le partage entre les professionnels dans le cadre de l'intervention auprès d'enfants à risque de négligence et de leurs familles. Ce comité a eu un effet d'intégration pour les professionnels y participant. Cependant, il est important de souligner que la participation active à ce comité est restreinte à certains professionnels seulement.

Le leadership du comité de PEF est assumé par le superviseur clinique qui assure principalement un rôle au niveau de l'organisation et de l'animation des discussions cliniques. À l'extérieur des rencontres du comité de PEF, l'encadrement clinique est assuré à un seul groupe professionnel par le superviseur clinique. Les participants questionnent la connaissance et la compréhension que le superviseur clinique a des pratiques professionnelles d'autres disciplines.

Les participants identifient certaines caractéristiques de la personne qui assure le soutien des professionnels du comité de PEF à savoir :1) bien connaître la spécificité et les limites de chaque discipline, 2) être en mesure d'aider à établir une stratégie d'intervention auprès de la famille et 3) assurer un certain soutien à l'ensemble des professionnels.

*« ...Ca prendrait des gestionnaires qui, premièrement connaissent bien la job de chacun, dans ses limites et puis dans les rôles spécifiques et qui reconnaissent les rôles de chacun et ça prendrait, je pense un gestionnaire qui regarderait la stratégie d'intervention » (entretien #2)*

*« ...C'est très frustrant des fois comme situation parce que souvent les signalements ne sont pas retenus, la plupart du temps, même. Alors elle va nous épauler puis elle va nous dire quels gestes on peut poser suite par exemple à un refus, quand un enfant est entre deux chaises, il est signalé mais ce n'est pas retenu mais la situation perdure ». (entretien #1).*

*Le cadre de référence entre CLSC et les Centres jeunesse.*

D'Amour (1997) mentionne que la collaboration interprofessionnelle est fortement soumise aux influences externes (ex : les ordres professionnels et la réglementation gouvernementale). Les résultats ont permis d'identifier particulièrement le cadre de référence entre CLSC et les Centres jeunesse qui se veut un filet de sécurité en première ligne pour les situations à risque de maltraitance, ce qui inclut la négligence. Ce cadre établit les zones de collaboration obligatoire et identifie clairement les rôles et responsabilités de chaque organisme pour les services aux enfants, aux jeunes et aux familles. Il ressort que ce cadre est peu ou pas connu de la part des professionnels malgré la journée de formation-information sur le sujet. Étant donné que sa mise en place est récente, il est plausible de penser que ce cadre permettra à long terme de mieux intégrer les services de CLSC-Centres jeunesse pour la clientèle à risque de négligence.

*« ... Il y a eu cette année, l'entente CLSC-Centres jeunesse [...] là c'est tout le monde qui y est allé [...] à une journée d'information » (entretien #6)*

Nous pouvons conclure que la délégation de la régulation de la collaboration interprofessionnelle a été favorisée par l'implantation du comité de PEF et par le développement du rôle de superviseur clinique. Cependant, il apparaît important de souligner que les participants s'attendent à ce que le superviseur clinique ait une bonne connaissance des différentes pratiques professionnelles afin d'apporter le soutien nécessaire à l'ensemble des professionnels impliqués. De plus, la méconnaissance du cadre de référence CLSC-Centres jeunesse mérite de soulever une certaine réflexion à l'égard des mécanismes d'implantation dans les milieux.

## Chapitre V : La discussion

Ce chapitre amorce la discussion des principaux résultats de l'étude qui visait à répondre aux questions de recherche suivantes : 1) Quel est le processus de la collaboration interprofessionnelle dans le contexte d'intervention à l'égard d'enfants à risque de négligence et de leurs familles? 2) Quelles sont les contraintes et les déterminants de la collaboration interprofessionnelle dans le contexte spécifique du risque de négligence ? La première partie de la discussion s'articule autour des quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1997). La deuxième partie portera sur des recommandations pour la pratique et pour la recherche ainsi que sur les limites méthodologiques.

### ***Formalisation***

#### *Les modalités cliniques formelles concrétisent la collaboration interprofessionnelle*

La dimension de la formalisation de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte d'intervention auprès d'enfants à risque de négligence est nécessaire et souhaitée par les professionnels. L'étude a montré que ceux-ci adhèrent aux règles et procédures régissant la coordination et les modalités d'interaction cliniques ainsi qu'à la gestion des demandes. Les différentes modalités cliniques mises en place par l'institution montrent l'intérêt qui est porté au développement et au renforcement de liens de collaboration interprofessionnelle.

Premièrement, la coordination clinique est assumée par un professionnel qui à titre d'intervenant pivot assure la coordination de la collaboration interprofessionnelle. Ce professionnel, de par ses différentes fonctions auprès des autres professionnels, joue un rôle primordial dans la collaboration interprofessionnelle. Il s'avère être non seulement le pivot de la coordination des professionnels et des services, mais aussi un

pont important entre le client, les professionnels et l'organisation. Selon Lebeau et Viens (1997), une pratique centrée sur un intervenant pivot favorise l'accessibilité et l'efficacité des services rendus au client. Cette fonction formelle de support auprès du client représente une intervention signifiante. Elle met en valeur l'expertise thérapeutique de l'intervenant en regard de ses connaissances, son savoir-faire et son savoir être. À titre de principal répondant du client, il joue le rôle d'un véritable agent de liaison en favorisant le partage de l'information entre le client et les professionnels. Le mandat de coordonner les autres professionnels et les services s'ajoute à la charge de travail habituelle (suivi de la clientèle, comités etc.) de l'intervenant pivot. Il nous semble important de souligner que les professionnels adhèrent à la règle qui est de nommer un intervenant pivot par client. Toutefois, le cumul des responsabilités dans un contexte de plus en plus complexe de soins et des services (ex : les enfants à risque de négligence) peut avoir des conséquences sur l'engagement des professionnels à assumer ce rôle ce qui peut être une contrainte importante à la collaboration interprofessionnelle.

Deuxièmement, les modalités cliniques comprenant le PII et les discussions cliniques sont des mécanismes favorisant la collaboration interprofessionnelle. En premier lieu, l'implantation du PII (outil de planification et de coordination de l'intervention pour l'équipe interprofessionnelle), s'avère un outil important et apprécié par les professionnels. Peu d'écrits portent sur le PII. Cependant l'étude réalisée par Lebeau et Viens (1997) sur le plan de services individualisés (PSI) nous permet de porter un regard critique sur les outils cliniques mis de l'avant. Le PSI est un outil de planification et de coordination des services dispensés par les différents agences et établissements auprès d'un client. La différence entre ces deux outils repose sur le fait

que le PII vise les interventions des professionnels impliqués et le PSI cible les services dispensés au client. Globalement, le PII et le PSI comprennent des buts, des objectifs, des moyens, un échéancier, des éléments d'évaluation et une personne responsable du plan. Ces deux outils sont privilégiés pour des clientèles qui, à cause de la complexité de leurs besoins, requièrent une planification soit des interventions ou des services de plusieurs professionnels et/ou établissements. Toutefois, selon Lebeau et Viens (1997) le client devrait devenir le principal partenaire dans l'élaboration de ces outils de planification.

Cependant, l'étude montre les difficultés d'application et de généralisation du PII. C'est un outil peu utilisé par les professionnels. Plusieurs raisons semblent expliquer la sous-utilisation de cet outil à savoir : la rédaction du PII exige du temps, des rencontres additionnelles et des habiletés techniques de rédaction. Lebeau et Viens (1997) ajoutent que l'utilisation d'un outil clinique commun peut susciter des réflexions sur les valeurs, les attitudes et les dynamiques individuelles et de groupes influençant la pratique professionnelle. D'après ces auteurs, il ne suffit pas d'implanter un outil clinique pour que les professionnels y adhèrent, il est nécessaire de créer les conditions favorables pour sa mise en oeuvre à savoir se familiariser avec les concepts théoriques et pratiques et son appropriation par les professionnels. Cette étude soulève que la formation des gestionnaires et des professionnels pour l'utilisation du PII et un suivi serré de l'application du PII est nécessaire pour le formaliser. Il est donc important d'identifier les modalités organisationnelles pouvant favoriser la mise en place d'un outil clinique commun interprofessionnel. De plus, Lebeau et Viens (1997) soutiennent que l'utilisation d'un plan des services modifie la structure habituelle de la gestion de la demande du client particulièrement les étapes concernant le processus de prise de

décision dans le contexte de services à savoir : l'évaluation de la demande; l'admissibilité aux services et la prestation des services et le suivi des interventions. Nous considérons que ce sont des étapes cruciales pour le renforcement de la collaboration interprofessionnelle. Nous les reprenons plus loin dans la discussion lorsque nous abordons la gestion des demandes. En deuxième lieu, les discussions cliniques sont appréciées par les professionnels car elles permettent l'échange d'expertise, aident au développement d'un climat collégial et assurent un support nécessaire entre professionnels lors des situations complexes. Or, l'étude révèle que la quasi totalité du contenu et du temps de ces rencontres est consacrée à la collecte des données plutôt qu'à l'élaboration du PII. Bell (2001) a mené une étude auprès de quinze équipes multidisciplinaires afin de comprendre comment les membres d'une équipe participent lors d'une réunion. Selon cet auteur, les professionnels sont membres d'une équipe parce qu'on espère qu'ils vont contribuer à investiguer la situation clinique. Cependant, il note que la participation inégale est déterminée par la taille de l'équipe, le nombre de situations cliniques discutées et le sentiment de non compétence de certains professionnels. Il suggère que seulement les professionnels ayant une expertise particulière sur la situation clinique discutée devraient participer aux réunions. Les situations cliniques discutées ne devraient pas dépasser cinq par réunion et la participation active de tous les professionnels présents devrait être encouragée. Cependant, les résultats ont démontré que deux éléments semblent être une contrainte majeure à la collaboration; les professionnels qui n'acceptent pas de présenter des situations cliniques et ceux qui présentent des dossiers incomplets. Dans le premier cas, Bell (2001) mentionne que pour certains professionnels le sentiment de non compétence peut influencer la participation aux discussions cliniques. Dans le deuxième cas, la

présentation des dossiers incomplets semble relié à des contraintes organisationnelles telles que : manque de temps pour compléter la collecte des données, délais trop courts entre l'assignation du dossier et la prise en charge du client.

*La gestion de la demande du client détermine la participation clinique des professionnels*

La gestion des demandes représente la procédure à suivre par les professionnels pour traiter une demande de services d'un client. Cette sous-dimension est importante car la façon dont est traitée la demande du client permet, d'une part, d'identifier les professionnels qui auront à collaborer et d'autre part, les professionnels qui devront participer au processus de prise de décisions. Dans les situations d'enfant à risque de négligence, il apparaît opportun de rappeler que les facteurs de risque associés à cette problématique sont multiples et complexes. Le mode d'organisation en équipe interprofessionnelle permet une approche d'intervention centrée sur une approche globale des facteurs de risque de cette clientèle. Lebeau et Viens (1997) mentionnent deux aspects à considérer à savoir : une approche globale engendre des modifications quant aux outils d'évaluation et le cheminement des demandes exige la participation des professionnels à la prise de décision aux trois étapes déjà cités (évaluation de la demande; admissibilité aux services; prestation et suivi des interventions).

Notre étude met en relief le mécontentement des professionnels quant aux suivi de la clientèle. Les résultats révèlent que : l'évaluation initiale est réalisée par un seul professionnel, l'admissibilité aux services est discutée par l'équipe multiprofessionnelle du Comité de PEF, le suivi est assuré par un ou plusieurs professionnels selon la demande et le PII est élaboré par les professionnels impliqués. À l'instar de Druenne (1997) nous croyons que dans le contexte des enfants à risque de négligence, il est

important que les liens de collaboration et de concertation des professionnels soient mis en place dès le début de la prise en charge du client afin de privilégier la compréhension et la réflexion. Cette auteur propose une « évaluation diagnostique progressive ». C'est-à-dire une pratique concertée où tous les éléments sont mis en commun pour que chaque professionnel établisse sa propre compétence. Golin et Ducanis (1981) privilégient une approche en équipe interprofessionnelle de l'évaluation initiale jusqu'à la réévaluation de la situation de santé dans le cadre de l'intervention d'enfants maltraités, incluant la négligence infantile.

*La participation du client exige que les professionnels adhèrent à une logique de collaboration*

Cette étude met en relief les difficultés qu'éprouvent les professionnels à intégrer la famille dans le processus d'élaboration du PII. Il n'existe pas de règle ou de procédure qui permettrait au client de participer. Il est de ce fait exclu de son PII. Pourtant, la loi 120, chapitre 42 stipule que « tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé et de bien être. Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention (PII) ou de son plan de services individualisés (PSI) lorsque de tels plans sont requis » (article 10). Les résultats nous amènent à questionner les vrais motifs qui poussent les équipes interprofessionnelles à travailler en vase clos et à « négliger » l'intégration de l'enfant et de la famille à risque de négligence et participer activement à la gestion de son processus de soins. Il est légitime de se demander si selon une perspective de responsabilisation du client envers sa santé, les professionnels sont prêts à remettre en question leur « pouvoir » disciplinaire et considérer la famille comme partenaire. La collaboration avec le client est un problème idéologique car les professionnels ont un rôle de contrôle des services. L'étude révèle

que la collaboration client-professionnels se limite à un échange d'information. Les professionnels élaborent le PII ce qui leur confère un contrôle et un pouvoir sur le plan d'intervention et sur les services alloués. La place de la clientèle est déterminée par la logique de professionnalisation ou de collaboration, à laquelle les professionnels adhèrent dans leur pratique. Selon Lindeke et Block (1997) la participation active du client dans l'équipe interprofessionnelle minimise le paternalisme professionnel. De plus, certains auteurs s'entendent pour dire que la participation du client au processus de décision influence positivement les résultats des interventions (Hinojosa, Bedell, Buchholz, Charles, Shigaki & Bicchieri, 2001; Morrison, 1996; McLeod & Nelson 2000; Walker & Dewar, 2001). Cette participation active dans la prise de décision améliore la réponse aux demandes des professionnels. Par ailleurs, le client apprécie les professionnels qui démontrent une attitude de respect, de sympathie et d'habileté à comprendre leur point de vue (Morrison, 1996). Pour McLeod et Nelson (2000), les programmes intensifs qui encouragent la participation du client et qui accordent du pouvoir à celui-ci ont des effets plus positifs que les programmes dépourvus de cet élément. Toutefois, Gold, Benbenishty & Osmo (2001) ont rapporté que le degré de coopération particulièrement de la mère n'influence pas les interventions des professionnels alors que la non coopération de celle-ci entraîne des sentiments de colère et de frustration chez les professionnels et provoque des interventions plus intrusives envers l'enfant et sa famille. Il nous semble important que les professionnels suscitent la participation du client par le biais des approches proactives et préventives.

## ***Finalisation***

### *Le travail en équipe interprofessionnelle, une conception partagée*

Cette étude a permis de faire deux constats importants quant à la dimension de la finalisation soit : les professionnels ont la même définition de la collaboration mais ils n'affichent pas de finalités communes. Premièrement, l'étude met en évidence que la majorité des professionnels conçoivent la collaboration de la même façon soit, comme le partage d'information et d'expertise. Toutefois, il nous semble que les professionnels pourraient aller plus loin dans leur conception de la collaboration et passer à un niveau plus élevé de collaboration lorsque la situation du client exige une prise de décision commune.. De plus, il est important de souligner que la stabilité de l'équipe apparaît comme un pré requis essentiel au renforcement des liens de collaboration parmi les professionnels.

Deuxièmement, cette étude montre que les interventions, souvent nombreuses, de l'équipe interprofessionnelle ne sont pas basées sur des finalités communes d'intervention. Pourtant les professionnels manifestent le désir et la volonté de travailler en étroite collaboration. Il est important que les professionnels développent ensemble, à partir d'une philosophie commune, des actions qui permettent une plus grande convergence des professionnels et qui soient mieux adaptées aux besoins de la clientèle. Il est plausible de se demander si les gestionnaires et les professionnels n'auraient pas avantage à : 1) promouvoir une vision des actions intégrées requises pour prévenir l'émergence des situations de négligence et agir convenablement lorsque les faits sont constatés (Forum, 1998); 2) développer une approche proactive d'intervention dans les situations cliniques identifiées à risque de négligence afin de miser sur l'actualisation et

le renforcement du potentiel de l'enfant et de la famille; 3) promouvoir des interventions proactives basées sur le modèle écologique (Carrier, 1993; Mayer, 1997; Moore, Armsden & Goberty, 1998) car la protection des enfants est une responsabilité collective et 4) s'assurer d'octroyer tous les moyens nécessaires à la prévention en première ligne afin de réduire les coûts engendrés par les soins médicaux et sociaux curatifs apportés aux enfants sévèrement maltraités (Irazuzta, Mcjunkin, Danadian, Arnold & Zhabg, 1997). Il s'avère nécessaire de soutenir les professionnels pour favoriser la prise de décision commune et, par ricochet, aider à la consolidation de la collaboration. De plus, il est important de regarder la collaboration entre les professionnels et le client dans le cadre de la collaboration interprofessionnelle.

*Des cadres de référence et facteurs de risque uniprofessionnels pour l'évaluation de l'enfant à risque de négligence*

L'évaluation des besoins du client est guidée par des cadres de références unidisciplinaires. En d'autres termes, chaque professionnel évalue en fonction de son propre cadre de référence et des facteurs de risque propres à sa discipline. Les facteurs de risque unidisciplinaires ne favorisent pas une vision globale de la situation. Les professionnels ont tendance à fractionner la famille par problèmes sur lesquels chacun travaille en parallèle. Lebeau et Viens (1997) soulignent que dans la perspective ou l'approche d'intervention est centrée sur une vision globale, il est important d'apporter des modifications quant aux outils d'évaluation du client. L'absence de cadre de référence commun peut influencer sur la qualité de l'évaluation du potentiel de risque de négligence chez l'enfant. Oxman-Martinez, et al., (1998) ont rapporté l'absence d'instruments accessibles et adéquats (cadre de référence commun) pour évaluer le

risque et l'absence de moyens d'interprétation de ces instruments. Par conséquent, le passage d'une pratique uniprofessionnelle à une pratique interprofessionnelle nécessite l'utilisation d'outils cliniques communs et de cadres de référence communs. Car, ces outils permettent des rapprochements interprofessionnels et la réalisation d'un travail d'équipe (Lebeau et Viens, 1997). Lindeke et Block (1998) mentionnent que le manque de clarté en regard des responsabilités, des objectifs d'intervention et des habilités requises sont un frein à une véritable collaboration.

### *Intériorisation*

#### *Les modalités cliniques favorisent l'interconnaissance des professionnels*

Les résultats de cette étude montrent que les professionnels sont dans un processus d'interconnaissance favorisé par les différentes modalités d'interaction mises en place par le CLSC à savoir les discussions cliniques et le PII. Les professionnels ont appris à se connaître tant au niveau professionnel que personnel. Premièrement, l'interconnaissance professionnelle est encouragée par le partage des connaissances, d'expertise et d'habilités cliniques. Lowry, Burns, Smith et Jacobson (1998) mentionnent que les professionnels doivent connaître leurs forces et leurs habilités afin d'identifier leur propre contribution aux buts de l'équipe interprofessionnelle. Cependant, il est étonnant de constater que malgré les efforts mis de l'avant pour favoriser l'interconnaissance, les professionnels connaissent peu ou pas les cadres de référence utilisés (ex : modèle conceptuel McGill, grille d'évaluation psychosociale) et ne sont pas en mesure de définir le rôle et les responsabilités de chaque professionnel impliqué auprès de l'enfant à risque de négligence. Il s'avère essentiel d'encourager le processus d'interconnaissance afin de favoriser une meilleure compréhension des pratiques

professionnelles. Et, deuxièmement, l'interconnaissance personnelle est favorisée par le partage des valeurs et des croyances à l'égard de la problématique de santé du client. Lindenke et Block (1998) soutiennent que les valeurs divergentes des professionnels peuvent induire une lecture différente tant au niveau de l'évaluation que de la planification de soins.

Nous pensons qu'il s'avère prioritaire que les gestionnaires et les professionnels se penchent sur les façons le plus appropriées pour identifier clairement les rôles et les responsabilités de chacun ainsi que les zones de collaboration.

*Le développement d'un lien de confiance est souhaité mais difficilement atteint par les professionnels*

L'étude confirme que la confiance entre les professionnels se développe dans la mesure où ils se connaissent mutuellement. La formalisation de modalités cliniques a certes aidé à concrétiser la collaboration interprofessionnelle mais cette formalisation ne veut pas dire pour autant que les professionnels se font confiance. En effet, les résultats ont mis en évidence que la relation de confiance des professionnels est en développement et semble influencée par la reconnaissance des compétences et de l'expertise reconnus entre professionnels. Mayer et al. (1995) mentionnent que la confiance oblige un certain dévoilement professionnel relié aux activités de partage dans les processus cliniques. La confiance se traduit lorsque le professionnel est prêt à faire part de son plan d'intervention, de ses limites dans l'intervention, des difficultés affectives qu'il rencontre. Cette étude montre que pour les professionnels l'établissement d'une relation de confiance demeure importante dans l'intervention auprès d'enfants à risque de négligence et de leurs familles car les situations sont souvent très complexes,

le suivi du client exige des interventions à long terme et l'instabilité de cette clientèle demande une constante adaptation de la part des professionnels.

L'étude démontre que les professionnels qui participent aux discussions cliniques présentent d'une part, la situation du client au regard des autres professionnels et d'autre part, exposent leurs propres compétences et habilités professionnelles. Ceci suscite chez ces professionnels la crainte d'être jugés par leurs pairs quant à la pertinence de leurs interventions et quant à leurs compétences et habilités professionnelles. Nous croyons que les gestionnaires doivent accorder une grande importance pour favoriser l'intégration de l'ensemble des professionnels afin de partager les connaissances et faire reconnaître l'expertise de chacun. Le manque d'engagement de certains professionnels demeure une contrainte importante de la collaboration interprofessionnelle et un grand défi à relever pour les gestionnaires.

*Les problématiques complexes forcent le chevauchement des pratiques professionnelles*

Les résultats de cette étude montrent que les problématiques complexes (zones de chevauchement) forcent les professionnels à revoir la question du partage des responsabilités. Ces zones, rappelons-le, sont définies par les participants de l'étude comme «une situation clinique complexe qui ne peut être jugée exclusivement sociale/médicale et où la spécificité professionnelle est difficile à déterminer». Or, cette étude souligne que le partage des responsabilités est influencée par la nature de la demande du client. Dans le contexte d'intervention auprès d'enfants à risque de négligence, l'attribution des responsabilités aux professionnels doit tenir compte de la complexité de situations. Ceci implique d'ouvrir les frontières professionnelles et d'accepter l'ingérence interprofessionnelle lorsque la situation clinique du client l'exige.

La présente étude confirme que les professionnels sont sensibles au fait que les situations de risque de négligence peuvent nécessiter l'assouplissement des frontières professionnelles.

### *Délégation*

#### *L'importance de la régulation de la collaboration interprofessionnelle*

L'étude démontre que la mise en place d'un comité multiprofessionnel a favorisé la structuration d'une action collective permettant le développement des liens entre des professionnels de différentes disciplines. À cet effet, l'instauration de ce comité a permis aux professionnels de s'engager activement dans l'élaboration de règles et procédures afin de réguler leur collaboration (ex : centralisation des demandes de la clientèle de PEF, nomination d'un intervenant pivot, élaboration d'un PII etc.). Ce comité a eu un effet d'intégration pour les professionnels. Il apparaît opportun de spécifier que ce comité est géré par un superviseur clinique qui assume des responsabilités de gestionnaire pour le programme de PEF. Les résultats de cette étude révèlent qu'il est essentiel que ce superviseur développe des habiletés pour assurer un encadrement clinique à l'ensemble de professionnels en ayant une bonne connaissance de différentes pratiques professionnelles. Larivière (2001) souligne que le rôle de gestionnaire doit être davantage axé sur le soutien plutôt que sur le contrôle. De plus, les professionnels de Petite-enfance en CLSC oeuvrant auprès d'enfants à risque de négligence sont assujettis à un cadre de référence entre le CLSC et les Centres jeunesse. Toutefois, les résultats montrent que ce cadre est peu ou pas connu par les professionnels. Larivière (2001) souligne que la région de Montréal éprouve de sérieux problèmes au niveau de la coopération entre les CLSC et les Centres jeunesse. Cette situation s'explique par le fait

que les professionnels de la région de Montréal ont eu moins d'encadrement pour la mise en application du cadre de référence que les autres régions du Québec. (ex : moins de formation, moins de mécanismes formels de concertation, moins d'échanges cliniques, moins d'outils communs, un niveau plus faible de références personnalisées). Cette région obtient des écarts négatifs (inférieurs d'au moins 10% par rapport à la moyenne provinciale) pour 14 des 20 indicateurs développés par Larivière (2001). Ce qui peut expliquer la méconnaissance des professionnels de CLSC de ce cadre qui se veut un filet de sécurité pour la clientèle infantile à risque de négligence.

### *Implications pour la pratique infirmière*

Cette étude porte un regard critique sur le processus de collaboration interprofessionnelle de l'ensemble des professionnels, y compris l'infirmière. Il ressort de cette étude l'importance que l'on doit accorder à mieux saisir les enjeux qui suscitent la collaboration entre professionnels. Cette étude souligne que la formalisation des modalités cliniques favorise la collaboration interprofessionnelle mais elle n'est pas le garant de sa réussite. Il s'avère nécessaire de souligner que la collaboration interprofessionnelle se joue aussi dans la dimension des rapports humains qu'entretiennent les professionnels. Cette dimension est rarement explorée par les gestionnaires. L'étude a mis en évidence que la réussite de la collaboration entre professionnels repose sur une meilleure connaissance et compréhension de dimensions organisationnelles et humaines ayant une influence sur le développement des liens de collaboration entre professionnels. En effet, l'approfondissement de la compréhension du processus de collaboration interprofessionnelle peut aider les professionnels à mieux connaître les stratégies de collaboration et aux gestionnaires à mieux la structurer.

L'infirmière a une place importante au sein de l'équipe interprofessionnelle. Elle est souvent considérée par les autres professionnels comme étant la porte d'entrée de la clientèle infantile à risque de négligence. Lindeke et Block (1997) soulignent que l'infirmière doit défendre les valeurs propres à la discipline infirmière telles que l'autodétermination, l'empowerment, l'advocacy des clientèles plus à risque. Il s'avère primordial que l'infirmière reconnaisse l'importance de son rôle au sein d'une équipe interprofessionnelle. Elle doit s'engager dans le processus de collaboration interprofessionnelle si elle veut garder sa place et être la porte parole de la clientèle à risque.

#### *Implications pour la recherche*

Le devis de recherche utilisé dans le cadre de cette recherche, soit l'étude de cas unique a permis d'approfondir la compréhension du processus de collaboration interprofessionnelle en tenant compte du contexte. L'étude réalisée auprès d'une équipe interprofessionnelle démontre la nécessité d'analyser en profondeur les enjeux organisationnels et humains que suscitent la collaboration interprofessionnelle dans les CLSC. Il apparaît opportun de mentionner que ce type de devis de type qualitatif peut aider à mieux comprendre la collaboration interprofessionnelle dans des contextes cliniques fort complexes en ayant le souci de mieux saisir la compréhension de la perception que les professionnels se font de leur collaboration.

Le modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1997) a été le cadre de référence de cette recherche. Les quatre dimensions du modèle ont permis une lecture structurée du processus de collaboration interprofessionnelle dans le contexte d'intervention auprès d'enfants à risque de négligence. La présente étude a permis de valider les dimensions du modèle de D'Amour (1997) en démontrant que les

dimensions sont interreliées et s'influencent mutuellement. La compréhension de ces liens facilite une lecture plus objective du processus de collaboration interprofessionnelle. De plus, les données recueillies ont permis l'émergence d'une nouvelle sous-dimension, que nous avons nommée « gestion des demandes ».

Finalement, cette recherche permet de reconnaître que la collaboration interprofessionnelle demeure fragile au sein des équipes en CLSC. D'Amour (1997) mentionne que les gestionnaires ont surtout recours à la formalisation pour réguler les équipes et qu'il y a lieu de revoir l'utilisation de la formalisation comme outil principal de régulation. L'étude permet de souligner la nécessité de s'attarder sur certains aspects à savoir : 1) l'importance de reprendre cette recherche afin de dégager la perception que les gestionnaires se font de la collaboration interprofessionnelle de leurs équipes, 2) l'importance de comprendre le processus de collaboration interprofessionnelle dans un mode de prestation de soins (ex : le suivi systématique) ou les rôles et responsabilités de chaque professionnel sont pré établis, 3) la nécessité d'approfondir la compréhension du processus de collaboration professionnels-client afin d'identifier les facteurs pouvant contribuer à une réelle participation de ce dernier au processus de soins, 4) l'importance d'approfondir la compréhension des facteurs pouvant consolider l'interconnaissance et le lien de confiance entre professionnels, particulièrement en regard des valeurs éthiques et morales à l'égard des problématiques complexes, 5) le développement d'autres études afin de mieux saisir la place de l'infirmière au sein d'une équipe interprofessionnelle en santé communautaire et finalement 6) le développement de projets de recherche axés sur la collaboration interorganisationnelle entre CLSC et Centres-jeunesse afin de comprendre l'influence de la culture organisationnelle de deux organismes voués à la prévention et à la protection de l'enfance négligée.

### ***Recommandations***

Les recommandations suivantes découlent de la discussion des résultats et des implications pour les sciences infirmières et pour la recherche présentées antérieurement. Suite à l'analyse de l'ensemble des données nous présentons les recommandations concernant la collaboration interprofessionnelle. Ces recommandations visent les gestionnaires et les professionnels.

#### *Recommandations pour les professionnels*

1. Pour favoriser la collaboration interprofessionnelle dans le contexte particulier de l'intervention auprès d'enfants à risque de négligence, il est important de faciliter des modalités de communication rapides et efficaces entre professionnels (ex : transfert d'information) afin de limiter le dédoublement des interventions et des services.
2. La prévention de la négligence chez les jeunes enfants requiert les efforts de tous les acteurs de la communauté. Il nous paraît essentiel que les professionnels développent des nouvelles pratiques professionnelles proactives axées sur une philosophie commune d'intervention leur permettant de faire converger les actions et assurer la complémentarité des services.
3. Pour ce faire, il est important d'élaborer des cadres de référence interprofessionnels permettant une approche globale d'une problématique multidimensionnelle et de procéder à la construction d'outils d'évaluation clinique.
4. Il est important de formaliser la place de la clientèle au sein des équipes interprofessionnelles. La participation de la clientèle, au même titre que celle des

professionnels, doit comporter des règles claires et souples afin de rendre à la famille à risque de négligence la place qui lui revient dans la planification des soins. Compte tenu des préjugés souvent rencontrés envers cette clientèle, il est essentiel que les professionnels partagent les valeurs et les croyances à l'égard de la problématique de l'enfance à risque de négligence.

5. Les professionnels, en collaboration avec les gestionnaires, ont un rôle important dans la modification des pratiques, ils doivent le jouer de façon proactive et en faisant preuve de leadership.
6. Dans la mise en place de ces nouvelles modalités d'intervention, tous les professionnels doivent porter une attention particulière aux modalités de prévention des situations sur lesquelles les professionnels peuvent agir avant que l'enfant soit réellement à risque.

#### *Recommandations pour les gestionnaires*

7. L'implantation de la collaboration interprofessionnelle requiert des gestionnaires prêts à s'engager dans un processus de renforcement autant de la formalisation pour réguler les équipes que d'une profonde compréhension des rapports interprofessionnels et interpersonnels. Il s'avère primordial de sensibiliser les gestionnaires à l'aspect fondamental de la collaboration. Il est important de les former avec des outils scientifiques à évaluer la qualité de la collaboration et aux différentes dimensions pouvant influencer le développement de la collaboration interprofessionnelle des équipes en CLSC. Le modèle de D'Amour (1997) est un cadre qui donne une armature intellectuelle permettant d'analyser les enjeux qui touchent ces équipes.

8. La prise en charge par les équipes interprofessionnelles en CLSC des problématiques de plus en plus lourdes complexifie le travail des gestionnaires qui doivent s'assurer de l'efficacité et de l'efficience de ces équipes. Ils doivent être conscients que les modes de prestation influencent la collaboration. À cet effet, ils doivent développer des modes de prestation qui favorisent les liens de collaboration.
9. Il est essentiel de favoriser des équipes interprofessionnelles stables et des lieux formels pour les discussions cliniques.
10. Il s'avère nécessaire que le cadre de référence entre CLSC-Centres jeunesse soit mieux connu autant par les professionnels que par les gestionnaires.

#### *Limites de l'étude*

La première limite de cette étude est le fait que l'étudiante chercheur a ciblé une équipe interprofessionnelle de Petite-enfance dans un seul CLSC de la région de Montréal. Il va de soi que ce type d'organisation du travail en équipe diffère grandement d'un CLSC à un autre. Colliette (1997) mentionne qu'on peut avoir recours à l'étude de cas pour des situations qui sans être rares, semblent particulièrement riches en informations.

La deuxième limite est que nous ne pouvons pas tirer de conclusions définitives, par la description pure et simple d'un seul cas ou généraliser les résultats issus de l'étude (Yin, 1994). L'étudiante chercheur est consciente que le nombre des professionnels rencontrés limite les données colligées. Un nombre plus élevé de participants aurait favorisé une meilleure saturation des données. Par contre, l'utilisation d'autres sources d'information a permis de confronter les données

recueillies lors des entretiens et a permis une analyse en profondeur et une plus grande compréhension du phénomène.

Finalement, cette étude étant réalisée dans le cadre des études de deuxième cycle, l'étudiante chercheur disposait d'un temps limité.

### *Conclusion*

Les CLSC ont favorisé le travail en équipe interprofessionnelle comme mode d'organisation et il est devenu la pierre angulaire dans la dispensation des services de santé en première ligne. La présente recherche a permis de mieux comprendre les enjeux de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de pratique auprès d'enfants à risque de négligence. Les résultats de cette étude permettent d'identifier les lacunes existantes dans la consolidation du travail interprofessionnel dans ce contexte clinique telles que : l'absence d'outils d'évaluation communs, l'absence de cadre de référence commun, les difficultés dans l'application du PII, le manque de temps pour que l'intervenant pivot assume ses responsabilités, la méconnaissance du cadre de référence CLSC-Centres jeunesse, etc. Il nous semble que ce sont des pistes intéressantes pouvant faciliter le travail des gestionnaires dans la recherche de solutions à apporter pour améliorer la collaboration interprofessionnelle.

En somme, cette étude nous permet d'affirmer que les CLSC doivent mettre en place les conditions organisationnelles nécessaires pour le développement des liens de collaboration entre les professionnels. La complexité des problématiques de santé de la population infantile de plus en plus à risque en raison de faibles conditions économiques exhorte les professionnels à collaborer. La protection infantile dans un réseau de santé subissant des transformations importantes demeure une responsabilité éthique, morale et idéologique. Il faut unir l'expertise, les connaissances et les habilités de l'ensemble de professionnels pour mieux répondre aux besoins criants des enfants à risque de négligence et de leurs familles.

## Les références

Ales, B. (1998). Community collaboration : the nursing administrator's role in implementing a child abuse prevention program. *JONA*, 28, (6), 43-48.

Allison, A. & Ewens, A. (1998). Tensions in sharing client confidences while respecting autonomy : implications for interprofessional practice. *Nursing Ethics*, 5, (5), 441-450.

American Association of Colleges of Nursing (1996). Interdisciplinary education and practice. *Journal of Professional Nursing*, 12, (2) 119-123.

Arcangelo, V.P. (1994). The myth of independent practice. *Nursing Forum*, 29, (4), 3-4.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec & Association des centres jeunesse du Québec. (1998). *CLSC et Centres jeunesse des établissements qui s'appuient pour les services aux enfants, aux jeunes et à leur famille*. Montréal : Association des CLSC et des CHSLD du Québec et Association des centres jeunesse du Québec

Aubry, J-M. (1996). *Dynamique des groupes*. Montréal : Les éditions de l'homme.

Barr, O. (1997). Interdisciplinary teamwork : consideration of the challenges. *British Journal of Nursing*, 6,(17), 1005-1010.

Beaudry, B. (1994). De la confiance dans la relation d'emploi ou de sous-traitance. *Sociologie du travail*, 1, 43-59.

Bell, L. (2001). Patterns of interaction in multidisciplinary child protection teams in New Jersey, *Child Abuse & Neglect*, 25, (11), 65-80.

Berthelot, J.M. (1999). Présentation. *Sociologie et sociétés*, XXXI, (1), 3-10.

Berthier, M., Oriot, D., Bonneau, J., Chevret, G., Magnin, G., & Garnier, P. (1993). Failure to prevent physical child abuse despite detection of risk factors at birth and social work follow-up. *Child Abuse & Neglect*, 17, (1), 691-692.

Birchall, E. & Hallet, E. (1995). Working together in child protection. *Health Visitor*, 68, (10), 406-409.

Bouchard, C., Chamberland, C., & Beaudry, J. (1988). *Prédire et prévenir les mauvais traitements envers les enfants*. Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.

Boucher, L. & Harvey, J. (1991). *La protection sur mesure : un projet collectif*. Rapport du groupe de travail sur l'application des mesures de protection de

la jeunesse. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la prévention et des services communautaires.

Brunet, M. & Vinet, A. (1978). *Les équipes multidisciplinaires dans les CLSC :1973-1976*. Rapport de recherche, Québec: Université Laval.

Campbell, J. (1998). Collaborative Practice in the 1980s. Dans T. Sullivan (Eds), *Collaboration : A health care imperative*.(pp. 167-205). Columbia : McGraw-Hill.

Carrier, A. (1993). La parentèle : une intervention écologique planifiée de prévention de la négligence. *Apprentissage et Socialisation*, 16, (1), 21-31.

Centre jeunesse de Montréal (1998). *Il faut un village pour s'occuper d'un enfant. Bilan de l'année 1997-1998 à la Direction de la protection de la jeunesse de Montréal*. Montréal : Institut universitaire dans le domaine de la violence chez les jeunes.

Centre Jeunesse de Montréal. (1996-1998). *Compilation spéciale. Données Direction de la Protection de la jeunesse 1996-1998*. Montréal : Centres de la Jeunesse et de la famille Batshaw.

Charbonneau, J. & Oxman-Martinez, J. (1995). Abus sexuels et négligence : mêmes causes, mêmes effets, même traitement? *Revue Santé mentale au Québec*, 21, (1), 249-270.

Chauvenet, A. (1988). Les professions de santé publique de l'enfance : entre police administrative et éthique communicationnelle. *Sociologie et Sociétés*, 20, (2), 41-54.

Cohen, S.G. & Bailey, D.E. (1997). What makes teams work : group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. *Journal of Management*, 23, (3), 239-290.

Coluccio, M. & Maguire, P. (1983). Collaborative practice : becoming a reality through primary nursing. *Nursing Administration Quarterly*, 7, (4), 59-63.

Collerette, P. (1997). L'étude de cas au service de la recherche. *Recherche en soins infirmiers*, 50, 82-89.

Comité de la Protection de la jeunesse (1984). *La concertation socio-médicale*. Étude réalisée par le Comité de la Protection de la jeunesse avec la collaboration des associations et organismes socio-médicaux. Montréal : Comité de la Protection de la jeunesse.

Commission des droits de la personne et des jeunes. (1998). *Le cas des enfants maltraités de Beaumont. Rapport d'enquête, décisions et recommandations*. Québec : Gouvernement du Québec.

Commission des droits de la personne et des jeunes. (1998). *Signaler c'est déjà protéger. Entendre l'enfant et rompre le silence*. Québec : Gouvernement du Québec.

Cowley, S. (1994). Collaboration in health care : the education link. *Health Visitor*, 67, (1), 13-15.

Creswell, J.W. (1997). *Qualitative inquiry and research design : choosing among five traditions*. Sage Publications, Thousand Oak.

Couture, D. (1978). La division du travail en CLSC. *Recherches sociographiques*, 19, 271-280.

D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse de doctorat en Santé Publique, Faculté de Médecine, Montréal : Université de Montréal.

D'Amour, D., Sicotte, C., & Levy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17, (3), 67-100.

Dimock, H. G. (1993). *How to observe your group* (3e éd.). North York (On.) : Captus Press.

Druenne, M. (1997, décembre). Évaluation diagnostique multidisciplinaire. *Soins. Pédiatrie et Puériculture*, 179, 9-12.

Dubowitz, H., Klockner, A., Starr, R.H., & Black, M.M. (1998). Community and professional definitions of child neglect. *Child Maltreatment*, 3, (3), 235-243.

Ducanis, A.J., & Golin, A.K. (1979). *The Interdisciplinary Health Care Team*. Germantown : Aspen Systems Corporation.

Dussault, G. (1990). Les déterminants de l'efficacité de la multidisciplinarité. *Le Gérontophile*, 12, (2), 3-6.

Edwards, J.B., Stanton, P.E., & Bishop, W.S. (1997). Interdisciplinary : the story of a journey. *Nursing and Health Care Perspective*, 18, (3), 116-117.

Ethier, L.S., Palacio-Quintin, E., & Jourdan-Ionescu, C. (1992, juin). À propos du concept de maltraitance : Abus et négligence, deux entités distinctes? *Santé mentale au Canada*, 14-20.

Evans, C.R. & Dion, K.L. (1991). Group cohesion and Performance. A meta-analysis. *Small Group Research*, 22, (2) 175-186.

Evans, J.A. (1994). The role of the nurse manager in creating an environment for collaborative practice. *Holistic Nurse Practice*, 8, (3), 22-31.

Faulkner, R. & Amodeo, M. (1999). Interdisciplinary teams in health care and human services settings : are they effective? *Health & Social Work*, 24, (3), 210-219.

Flaherty, M.J. (1998). Collaboration : clinical nurse specialists can lead the way. *Clinical Nurse Specialist*, 12, (4), 160.

Forbes, E.J. & Fitzsimons, V. (1993). Education : the key for holistic interdisciplinary collaboration. *Holistic Nurse Practice*, 7, (4), 1-10.

Fortin, M-F. (1996). *Le processus de la recherche ; de la conception à la réalisation*. Montréal : Décarie Éditeur.

Forum Négligence. (1998). *Pour que l'essentiel ne manque pas*. Document inédit, Montréal : Forum québécois du phénomène social de la négligence.

Fraser, J.A.; Armstrong, K.L.; Morris, J.P. & Dadds, M.R. (2000). Home visiting intervention for vulnerable families with newborns : follow-up results of a randomized controlled trial, *Child Abuse & Neglect*, 24, (11), 1399-1429.

Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle : Dynamiques de l'action organisée*. Paris : Éditions du Seuil.

Gallmeier, T.& Bonner, B. (1992). University-Based interdisciplinary training in child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 16, 513-521.

Gauthier, B. (1992). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. 2<sup>ème</sup> Edition Presses de l'Université du Québec. Québec.

Gauthier, M.C. (1992). L'intervention auprès des jeunes familles en difficulté. *P.R.I.S.M.E.*, 3, (1), 41-49.

Gold, N., Benbenishty, R., & Osmo, R. (2001). A comparative study of risk assessments and recommended interventions in Canada and Israel. *Child Abuse & Neglect*, 25, (11), 607-622.

Golin, A.K & Ducanis, A.J. (1981). *The Interdisciplinary Team*. Rockville : Aspen Publication.

Guyonet, M. & Adam, E. (1992, novembre). L'infirmière dans l'équipe pluridisciplinaire. *L'infirmière canadienne*, 41-44.

Hamric, A.B., Spross, J.A., & Hanson, C.H. (1996). *Advanced nursing practice : an integrative approach*. (p.230-248). Philadelphia : W.B. Saunders Co.

Henneman, E.A, Lee, J.L., & Cohen, J.L. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* , 21,103-109.

Henry, V., Schmitz, K., Reif, L., & Rudie, P. (1992). Collaboration : integrating practice and research in public health nursing. *Public Health Nursing*, 9, (4), 218-222.

Higgins, R., Oldman, C., & Hunter, D. (1996). Working together : lessons for collaboration between health and social services. *Health and Social Care in the Community*, 2, 269-277.

Hills, M.D., Lindsey, E., Chisamore, M., Bassett-Smith, J., Abbott, K., & Fournier-Chalmers, J. (1994). University-college collaboration : rethinking curriculum development in nursing education. *Journal of Nursing Education*, 33, (5), 220-225.

Hinojosa, J., Bedell, G., Buchholz, E.S., Charles, J., Shigaki, I.S., & Bicchieri, S.M. (2001). Team collaboration : a case study of an early intervention team. *Qualitative Health Research*, 11, (2), 206-220.

Hochstadt, N.J. & Harwicke, N.J. (1985). How effective is the multidisciplinary approach? a follow-up study. *Child Abuse & Neglect*, 9, 365-372.

Huberman, A.M. & Miles, M.B. (1991). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*. Editions du Renouveau Pédagogique Inc.

Irazuzta, J.E., McJunkin, J.E., Danadian, K., Arnold, F., & Zhang, J. (1997). Outcomes and cost of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 21, (8), 751-757.

Ivey, S., Brown, K., Teske, Y., & Silverman, D. (1988, august). A model for teaching about interdisciplinary practice in health care settings. *Journal of Allied Health*, 189-195.

Jehn, K.A. (1995). A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict. *Administrative Science Quarterly*, 40,(2),245-282

Johns, J.L. (1996). A concept analysis of trust. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 76-83.

Jones, E.D. & McCurdy, K. (1992). The link between types of maltreatment and demographic characteristics of children. *Child Abuse & Neglect*, 16, 201-215.

Joval, R. & Chatillon, C. (1996). Le placement des enfants au Québec, des années trente à aujourd'hui. Une mesure trop souvent utilisée? Constatations et hypothèses. *Service social*, 45, (2), 31-50.

Kempe, R.S. & Kempe, H. (1978). *L'enfance torturée*. Bruxelles : Pierre Mardaga Éditeur.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Mayor, F. (1994). *La pensée infirmière*. Montréal :Études vivantes.

King, M.B. (1990). Clinical nurse specialist collaboration with physicians. *Clinical Nurse Specialist*, 4, (4), 172-175.

Kolbo, J. & Strong, E. (1997). Multidisciplinary team approaches to the investigation and resolution of child abuse and neglect : a national survey. *Child Maltreatment*, 2, (1), 61-72.

Kovitz, K.E., Dougan, P., Riese, R., & Brummitt, J.R. (1984). Multidisciplinary team functioning. *Child Abuse & Neglect*, 8, 353-360.

Laperrière, A. (1993). *Les critères de scientificité des méthodologies qualitatives*. Dans *Les méthodes qualitatives en recherche sociale : Problématiques et enjeux*. Actes du colloque du CQRS, Rimouski : CQRS

Larivière, C. (2001). *Les progrès réalisés dans la collaboration CJ-CLSC en 2001. Projet de recherche sur l'implantation de l'instrument de coopération développé conjointement par les CLSC et les Centres jeunesse*. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec.

Lebeau, L. & Viens, C. (1997). Le plan de services individualisés. *Le Gérontophile*, 18, (4), 3-11

Lessard-Hebert, M., Goyette, G., & Bourin, G. (1998). *La recherche qualitative : Fondements et pratiques*. (2<sup>e</sup> ed). Montreal : Éditions Nouvelles.

Leventhal, J.M. (1996). Twenty years later : we do know how to prevent child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 20, (8), 647-653.

Liedtka, J.M. (1998). Enhancing care delivery through cross-disciplinary collaboration : a case study. *Journal of Healthcare Management*, 43, (2), 185-204.

Lindeke, L.L. & Block, D.E. (1998). Maintaining professional integrity in the mist of interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, 46, (5), 213-218.

Lowry, L.W., Burns, C.M., Smith, A.A., & Jacobson, H. (1998). An interdisciplinary approach to training health professionals. *Nursing and Health Care Perspectives*, 21, (2), 76-80.

Ludwig, S. (1988). A Multidisciplinary Approach to Child Abuse. *Nursing Clinics of North America*, 16, (1), 161-165.

Magjuka, R.J. & Baldwin, T.T. (1991). Team-based employee involvement programs. Effects of design and administration. *Personnel Psychology*, 44, 793-812

Mariano, C. (1989). The case for interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, 37, (6), 285-288.

Martin, G. & Lavoie, F. (1990). Violence conjugale. Étude qualitative sur les comportements d'aide des médecins et des infirmières. *Service social*, 39, (2), 189-216.

Massé, R. (1992). Construction sociale et culturelle de la maltraitance. *P.R.I.S.M.E.*, 3, (1), 12-15.

Mayer, M. (1997). *Les contextes écologiques d'incidence de mauvais traitements à l'égard des enfants dans la région de Montréal*. Thèse de doctorat. Montréal : Université de Montréal.

Mayer-Renaud, M. (1985). *Les enfants du silence. Revue de la littérature sur la négligence à l'égard des enfants*. Montréal : Centre de services sociaux du Montréal métropolitaine.

Mayer-Renaud, M. (1993). *La problématique de la négligence à l'égard des enfants; une synthèse des causes et des conséquences*. Montréal : Centre de Protection de l'enfance et de la jeunesse.

Mayer-Renaud, M., Pierre-Louis, M., & Tessier-Thibaudeau, S. (1992). La négligence un phénomène multidimensionnel. *P.R.I.S.M.E.*, 3, (1), 77-86.

Mayer, R.C., Davis, J.H., & Shoorman, F.D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20, (3), 709-734.

Maznevski, M.L. (1994). Understanding our differences: performance in decision-making groups with diverse members. *Human Relations*, 47, (5), 531-549.

McCloskey, J.C. & Maas, M. (1998). Interdisciplinary team: the nursing perspective is essential. *Nursing Outlook*, 46, (4), 157-163.

McLeod, J. & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 24, (9), 1127-1149.

Merrick, J. & Browne, KD. (1999). Child abuse and neglect a public health concern. *Public Health Reviews*, 27, (3), 279-293.

Moore, E., Armsden, G., & Goberty, P.L. (1998). A twelve-year follow-up study of maltreatment and at-risk children who received early therapeutic child care. *Child Maltreatment*, 3 (1), 3-16.

Morrison, T. (1996). Partnership and collaboration : rhetoric and reality. *Child Abuse & Neglect*, 20, (2), 127-140.

Mundinger, M. (1994). Advanced practice nursing-good medicine for physicians? *New England Journal of Medicine*, 330, (3), 211-213.

MSSS. (1992). *Politique de la santé et du bien-être*. Québec : Gouvernement du Québec.

MSSS. (2000). *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*. Québec : Gouvernement du Québec.

OIIQ. (1998, septembre). Venir en aide aux enfants maltraités. L'OIIQ adopte un plan d'action. *Le journal*, 6

Olds, D., Henderson, C., Kitzman, H., & Cole, R. (1995). Effects of prenatal and infancy nurse home visitation on surveillance of child maltreatment. *Pediatrics*, 95, (3), 365-372.

Oxman-Martinez, J., Rowe, W., Straka, S., & Moreau, J. (1998). La négligence : une dimension négligée en recherche et en pratique. *Canadian Social Work Review*, 15, (2) 125-145.

Paichelet, G. (1995). Les professions de soins : territoires et empiètements. *Sciences Sociales et Santé*, 13, 5-10.

Palacio-Quintin, E. & Ethier, L.S. (1993). La négligence, un phénomène négligé. *Apprentissage et Sociatisation*, 10, (1), 153-163

Pelletier, C. (2000). Pour mieux définir la négligence infantile. *L'infirmière du Québec*, 8, (11), 20-26.

Poupart, J., Deslauriers, J-P., Groulx, L-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaétan Morin Éditeur.

Poupart, R., Simard, J.J., & Ouellet, J.-P. (1986). *La création d'une culture organisationnelle : le cas des CLSC*. Montréal : Centre de recherche en gestion, UQAM et Fédération des CLSC.

Pourtois, J.P. & Desmet, H. (1988). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Liège-Bruxelles : Pierre Mardaga, Editeur.

Pronovost, L., & Jinchereau, F. (1986). *Le travail interdisciplinaire*. Conférence d'ouverture : Colloque : La multidisciplinarité, un concept à développer et à promouvoir. St-Hyacinthe : A.H.Q., 1-14.

Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre. (1998). *Les inégalités sociales de la santé. Rapport annuel 1998 sur la santé de la population*. Direction de la santé publique : Régie régionale Montréal-Centre.

Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre (1999). *Projet Jeunesse Montréalais. CLSC et Centres Jeunesse : Rôles, responsabilités et perspectives d'articulation*.

Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre. (2000). *Impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé. Rapport annuel 2000 sur la santé de la population*. Direction de la santé publique : Régie régionale Montréal-Centre

Regroupement des CLSC de la région de Montréal, (1999). *Profil commun des services. Les CLSC font équipe*. Montréal: Association de CHSLD et de CLSC

Reiniger, A., Robison, E., & McHugh, M. (1995). Mandated training of professionals : a means for improving reporting of suspected child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 19,(1), 63-69.

Sandelowski, M. (1998). Focus on qualitative methods. The call to experts in qualitative research. *Research Nursing & Health*, 21, 467-471.

Shields, G., Baer, J., Leininger, K., Marlow, J., & DeKeyser, P. (1998). Interdisciplinary health care and female victims of domestic violence. *Social Work in Health Care*, 27, 27-47.

Shorr, L. (1988). *Within our reach: breaking the cycle of disadvantage*. New York: Anchor Books.

Stahelski, A.J. & Tsukuda, R. (1990). Predictors of cooperation in health teams. *Small Group Research*, 21, (5) 220-233.

Stake, R. (1994). *Case studies*. Dans N. Denzin. & .Y. Lincoln (éds), *Handbook of qualitative research*, (236-247). Thousand Oaks : Sage Publications.

Statistiques Canada. (1999). *La violence familiale au Canada : un profil statistique*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Site Internet : [http// www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)

Stichler, J.F. (1995). Professional interdependence : the art of collaboration. *Advanced Nursing Practice, 1*, (1), 53-61.

Stevenson, O. (1989). *Professional practice and public policy*. London: Harvester Wheatsheaf.

Sullivan, T.J. (1998). *Collaboration : a health care imperative*. New York: McGraw-Hill companies.

Walker, E. & Dewar, B.J. (2001). How do we facilitate carers' involvement in decision making?. *Journal of Advanced Nursing, 34*, (3), 329-337.

Wang, G.T. (1999). *Current trends in child abuse reporting and fatalities: the results of the 1997 annual fifty state survey*. Chicago : Center on child abuse prevention research. Site Internet: <http://www.childabuse.org>

Warner, M., Ford-Gilboe, M., Laforet-Fliesser, Y., Olson, J., & Ward-Griffin, C. (1994). The teamwork project : a collaborative approach to learning to nurse families. *Journal of Nursing Education, 33*, (1), 5-12.

Wells, N., Johnson, R., & Salyer, S. (1998). Interdisciplinary collaboration. *Clinical Nurse Specialist, 12*, (4), 161-168.

Wilkes, J.R. (1992, juin). Les enfants ballottés comment améliorer le sort des enfants placés à l'extérieur du milieu familial. *Santé mentale au Canada, 2-6*

Wollock, I. & Horowitz, B. (1984). Child maltreatment as a social problem : the neglect of neglect. *American Journal of Orthopsychiatry, 54*, (4), 530-543.

Wylie, D.M. (1994). Interdisciplinary Teams and Group Process. Dans J.M. Hibberd & M.E Kyle, *Nursing Management in Canada* (pp.501-515). Toronto: W.A. Saunders

Yin, R.K. (1994). *Case Study Research : design and methods* (2e éd.). Newbury Park: Sage Publications.

Appendices

Appendice A

Lettre-type pour solliciter la participation au projet de recherche

## Lettre-type pour solliciter la participation au projet de recherche

Montréal, 2000

Monsieur / Madame  
Directeur général/ Directrice générale  
Adresse du CLSC

**Objet:** Projet de recherche de maîtrise « le processus de la collaboration interprofessionnelle dans un contexte de négligence » : étude de cas.

---

Investigatrice: Marcela Ferrada, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal.

Directrice de mémoire: Danielle D'Amour, professeur adjointe à la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Monsieur / Madame,

Je suis étudiante à la maîtrise à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. J'ai travaillé pendant dix ans au programme Enfance-Famille à la Clinique Communautaire de Pointe St-Charles. Dans le cadre de mon travail comme infirmière dans un milieu très défavorisé j'ai été souvent confronté à des situations sociales complexes comme c'est le cas de la négligence chez les jeunes enfants de 0-5ans. Cette problématique multidimensionnelle pose des défis qu'aucun professionnel ne peut relever seul.

Comme vous le savez, M / Mme, les nouvelles pratiques professionnelles basées sur la collaboration interprofessionnelle sont devenues la pierre angulaire dans la dispensation des services de première ligne au Québec. Les professionnels en CLSC sont appelés à intervenir dans des problématiques de plus en plus complexes et qui les placent de facto en situation d'interdépendance. Tel est le cas lorsque l'intervention vise les enfants négligés et leurs familles. Néanmoins, la pratique montre les avantages mais aussi les écueils d'un tel mode de fonctionnement.

Cette recherche de type qualitatif avec un devis d'étude de cas permettra d'approfondir notre compréhension du processus de collaboration interprofessionnelle au sein d'équipes intervenant auprès d'enfants négligés et de leurs familles, dans le cadre de l'intervention de première ligne au Québec. Cette recherche se fera sous forme d'entretien d'environ une heure auprès de sept différents professionnels tels que : un travailleur social, une infirmière, un médecin, une auxiliaire familiale, un psychologue ou psychoéducateur, une nutritionniste et un gestionnaire de PEF. Il est possible aussi que de rencontres de discussion de cas portant sur des situations de négligence soient observées lors des réunions cliniques. La consultation documentaire viendra compléter les données de cette recherche. Je suis ouverte à m'adapter aux particularités de votre fonctionnement afin de ne pas entraver le déroulement des activités régulières des intervenants. Je peux vous assurer que les règles d'éthiques du CLSC et de l'Université de Montréal seront rigoureusement respectées.

Je suis à la recherche d'un milieu proactif qui soit prêt à relever ce défi. Étant donné les statistiques importantes de négligence de plus en plus importantes chez les 0-5ans et l'approche particulièrement dynamique de votre organisation, je serais fortement intéressée à mener cette recherche au CLSC ( nom du CLSC). Je crois que les résultats de cette recherche pourront contribuer à dégager des pistes de réflexion intéressantes qui aideront autant les directions des CLSC, les chefs de programme et les intervenants du réseau à améliorer les services auprès d'enfants victimes de négligence et leurs familles.

Je vous contacterai par téléphone dans une semaine et dans l'attente de vous rencontrer pour vous donner de plus amples informations, je vous prie de croire, M / Mme à l'assurance de mes salutations distinguées.

---

Marcela Ferrada  
Candidata à la maîtrise  
Faculté des sciences infirmières  
Adresse personnelle  
Rés : (XXX) XXX-XXXX  
Bur: (XXX) XXX-XXXX

---

Danielle D'Amour Ph. D  
Directrice de mémoire  
Faculté des sciences infirmières  
Tél: (XXX) XXX-XXXXXXX  
Télécopieur: (XXX) XXX-XXXX

Appendice B

Renseignements aux participants

## Renseignements aux participants

Titre de l'étude: Le processus de collaboration interprofessionnelle dans un contexte de négligence.

Chercheur responsable : Ferrada, Marcela, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal.

adresse: XXXX

Téléphone: (XXX) XXX-XXXX

Directrice de mémoire: D'Amour, Danielle, inf. Ph.D, professeur adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Les nouvelles pratiques professionnelles basées sur la collaboration interprofessionnelle sont devenues la pierre angulaire dans la dispensation des services de santé de première ligne au Québec. Les professionnels en CLSC sont appelés à intervenir dans des problématiques de plus en plus complexes et qui les placent en situation d'interdépendance. Tel est le cas lorsque l'intervention vise les enfants négligés et leurs familles. La négligence est une problématique multidimensionnelle qu'aucun professionnel ne peut relever seul. Le lien étroit entre la négligence et la pauvreté économique et sociale force les intervenants à sortir de l'approche traditionnelle uniprofessionnelle et les oblige à adopter un regard plus global de ce phénomène. Nonobstant, les recherches réalisées sur ce mode d'organisation démontrent les difficultés qu'éprouvent les intervenants à travailler en collaboration. De plus, nous connaissons peu le processus de collaboration des intervenants dans le cadre d'une problématique qui les contraint à une grande interdépendance.

Le but de la présente étude est d'améliorer la compréhension du processus de collaboration entre différents professionnels en CLSC lorsque l'intervention vise les enfants négligés et leurs familles.

Votre contribution à cette étude implique de participer à un entretien individuel d'environ une heure dans votre établissement selon votre disponibilité. Cet entretien portera sur la collaboration vécue entre les différents professionnels dans un contexte d'intervention de négligence infantile. Vous devez consentir à ce que l'entretien individuel soit enregistré sur bande audio. Ces bandes audio seront traitées de façon confidentielles et conservées sous clés. Elles seront détruites après que les données

auront été codées et analysées de façon anonyme. Votre participation est libre et volontaire. Vous êtes libre de quitter l'étude en tout temps ou de mettre fin à l'entrevue, et ce sans aucun préjudice.

Pour participer à l'étude, il est essentiel que vous rencontriez les conditions suivantes: (1) participer ou avoir eu à participer à l'intervention directe auprès d'enfants négligés, (2) avoir une expérience d'au moins deux ans dans le programme Enfance-Famille et (3) accepter de participer à l'étude sur une base volontaire.

Votre participation contribuera à améliorer la compréhension du processus de collaboration interprofessionnelle en réponse aux besoins de la clientèle qui sont de plus en plus complexes, comme c'est le cas de la négligence infantile.

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer en tout temps avec la personne suivante:

Marcela Ferrada

Rés: (XXX) XXX-XXXX (du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30)

En cas d'urgence, communiquez au (XXX-XXXX)

"Pour tout problème concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après en avoir discuté avec la responsable du projet, expliquer vos préoccupations au président par intérim du Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé, Monsieur Claude Giasson (téléphone: (514) 343-5946). Suite à cet entretien, si vous aviez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombusman de l'Université, Madame Marie-José Rivest (téléphone: (514) 343-2100).

Appendice C

Formulaire de consentement pour participer à l'étude

## Formulaire de consentement

Titre de l'étude: Le processus de collaboration interprofessionnelle dans un contexte de négligence

Chercheur responsable: Ferrada Marcela, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université de Montréal.

Directrice de mémoire: D'Amour, Danielle, professeur adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Je, (nom en lettres moulées du/de la participant/e).....

déclare avoir pris connaissance des documents ci-joints dont j'ai eu copie, en avoir discuté avec (nom de l'investigatrice en lettres moulées) ..... et comprendre le but, la nature, les avantages et les inconvénients de l'étude en question. Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature du sujet ..... Date: \_\_/\_\_/\_\_

Je, (nom en lettres moulées de l'investigatrice)..... déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à (nom en lettres moulées du sujet).....

Signature de l'investigatrice..... Date: \_\_/\_\_/\_\_

Témoin autre qu'un individu associé au projet (nom en lettres moulées).....

Signature du témoin..... Date: \_\_/\_\_/\_\_

Appendice D

Guide pour les entretiens

**Guide pour les entretiens semi-structurés élaboré à partir des quatre dimensions du modèle de structuration de collaboration interprofessionnelle (D'Amour,1997)**

No. d'entretien:

Pseudonyme: \_\_\_\_\_

date de l'entretien: \_\_\_\_\_

Questions	Formalisation	Finalisation	Intériorisation	Délégation
Parlez-moi de votre expérience de travail avec d'autres professionnels dans le cadre du suivi d'enfants négligés.	✓	✓	✓	✓
Qu'est ce que c'est pour vous une vraie collaboration entre professionnels dans une situation de négligence?		✓	✓	✓
Parlez-moi des moyens que les professionnels se donnent pour mettre en pratique la collaboration lors des situations de négligence infantile?	✓		✓	✓
Comment sont-ils perçus ces moyens de collaboration par vous et vos collègues?	✓	✓	✓	
D'après votre expérience, comment évolue la collaboration entre les professionnels lors de situation de négligence?	✓		✓	
Parlez-moi de vos relations avec les autres professionnels concernés par le suivi d'une situation de négligence?	✓		✓	
Comment sont distribuées les responsabilités parmi les professionnels concernés par le suivi d'une situation de négligence? Que pensez-vous de cette répartition?	✓	✓	✓	✓
Parlez-moi de la place qu'occupent la famille et l'enfant négligé dans l'élaboration du plan d'intervention individualisé (PII)?	✓	✓	✓	✓

Suite à cet entretien, y-a-t-il des choses importantes concernant la collaboration interprofessionnelle qui n'ont pas été abordées et que vous désirez ajouter?.

**Données socio-démographiques:**

- Age: \_\_\_\_\_
- Sexe: \_\_\_\_\_
- Langue maternelle: \_\_\_\_\_
- Depuis combien de temps vous occupez ce poste?: \_\_\_\_\_
- Quel est votre statut de travail?: \_\_\_\_\_
- Nb d'année d'expérience au programme Enfance-Famille?: \_\_\_\_\_
- Depuis combien de temps vous travaillez au CLSC?: \_\_\_\_\_
- Quelle est votre formation de base?: \_\_\_\_\_
- Quel est votre dernier diplôme obtenu?: \_\_\_\_\_

Appendice E

Guide d'observation

**Guide d'observation pour les discussions cliniques élaboré  
à partir du Modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle (D'Amour, 1997)**

Dimensions du modèle	Facteurs	Critères d'observation	Appréciation		Commentaires
			oui	non	
Formalisation Intériorisation Délégation	Partage d'activités communes	<p>Les membres du Comité de PEF sont-ils tous présents à la rencontre ?</p> <p>Il y a-t-il de professionnels invités ?</p> <p>Tous les professionnels sont concernés par la discussion clinique ?</p> <p>Combien de professionnels sont impliqués dans l'élaboration du PII ?</p>			
Formalisation	Accès à la clientèle	<p>Il y a-t-il un professionnel privilégié reconnu par les autres professionnels ?</p> <p>Combien des professionnels ont un contact direct avec le client ?</p> <p>Il y a-t-il des références à d'autres professionnels ?</p>			
Formalisation Intériorisation Finalisation	Démarche clinique	<p>Combien de professionnels présentent une discussion clinique ?</p> <p>Il y a-t-il un professionnel nommé comme intervenant pivot ?</p> <p>L'information relative au client est-elle transmise de façon claire et concise ?</p> <p>Le professionnel s'est préparé afin de transmettre une information complète avec des outils appropriés (PII) ?</p> <p>Les objectifs d'intervention sont-ils définis ?</p> <p>Les décisions et le suivi sont bien définis ?</p> <p>Il y a-t-il une date de réévaluation du dossier ?</p>			
Formalisation Intériorisation Finalisation Délégation	Travail d'équipe	<p>Il y a-t-il un professionnel responsable de l'animation ?</p> <p>Le déroulement de la réunion facilite-elle les échanges d'information et les discussions cliniques ?</p> <p>Le superviseur clinique connaît-il la raison de la présentation du dossier ?</p> <p>Quel est le climat des discussions cliniques ?</p> <p>Combien de professionnels participent activement à la discussion de cas ?</p> <p>La durée de la discussion de cas est d'environ 30 minutes ?</p> <p>Les lieux favorisent-ils les échanges</p>			

Appendice F

Liste des codes

## Liste des thèmes, catégories et codes

Thèmes	Catégories	Codes
Formalisation	Coordination clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenant pivot</li> <li>• Définition</li> <li>• Fonctions</li> </ul>
	Modalités d'interaction clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dossier du client</li> <li>• Discussion clinique</li> <li>• Plan d'intervention individualisé</li> </ul>
	Gestion des demandes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Règles et procédure de la demande du client</li> </ul>
Finalisation	Conception de la collaboration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conception de la collaboration entre professionnels</li> <li>• Conception de la collaboration avec le client</li> </ul>
	<i>Intérêts divergents</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadres de références uniprofessionnels</li> <li>• Facteurs de risque unidisciplinaire</li> </ul>
	Transactions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• But commun</li> </ul>
Intériorisation	Interconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moyens pour se connaître</li> </ul>
	Établissement d'une relation de confiance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confiance/compétence</li> </ul>
	Partage des territoires professionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zones de chevauchement</li> </ul>
Délégation	Endogène	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de PEF</li> <li>• Superviseur clinique</li> </ul>
	Exogène	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadre de référence entre CLSC et les Centres jeunesse</li> </ul>

Appendice G

Certificat d'Éthique

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTÉ (CERSS)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

**Titre du projet :** « Le processus de collaboration interprofessionnelle dans un contexte de négligence »

**Sous la direction de :** Madame Danielle D'Amour

---

À la réunion du 17 avril 2000, six membres du CERSS étaient présents. Ce sont : le président par intérim, la représentante de la Faculté de médecine dentaire, la représentante de la Faculté des sciences infirmières, l'experte en droit, la représentante des étudiants, et le représentant du public.

Ils ont jugé le projet mentionné ci-haut conforme aux règles d'éthique de la recherche sur les êtres humains.

---

Ce certificat est émis pour la période du : 19 avril 2000 au 30 septembre 2000.



---

Claude Giasson, O.D. Ph.D.  
Président par intérim, CERSS  
Faculté des sciences infirmières  
Tél.: (514) 343-7619, (514) 343-5946

Le 19 avril 2000.