

ENSEMBLE POUR MIEUX SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS

CADRE DE RÉFÉRENCE

LE PROGRAMME
AGIR TÔT



ÉDITION :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte

Dépôt légal – 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-98515-0 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2024

MOT DU MINISTRE RESPONSABLE

C'est avec fierté que je vous présente le cadre de référence du programme Agir tôt. Ce document dresse les assises de ce grand projet national qui vise à intervenir précocement dans la vie des enfants qui présentent des difficultés ou des retards de développement.



Amorcé en 2019, différentes actions se sont déployées graduellement, notamment la surveillance systématique du développement au moment de la vaccination 18 mois ainsi que le dépistage des besoins développementaux et de vulnérabilités psychosociales à l'aide de la plateforme numérique. Ces changements mis de l'avant ont rapidement facilité l'identification des besoins et le soutien à l'orientation de l'enfant vers des services diversifiés et ajustés aux besoins.

Des actions préventives ont été mises de l'avant pour agir précocement, de façon concertée, sur le développement des enfants. Les orientations ministérielles privilégient la mise en place d'une offre de services intégrée, accessible et de proximité. Pour mener à bien ce virage, l'offre de services doit être centrée sur les besoins de l'enfant et de sa famille, et ce, dans une perspective de collaboration interprofessionnelle et intersectorielle.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce présent cadre de référence. Leur précieux apport a permis de préciser les éléments essentiels pour l'harmonisation des pratiques.

Je suis persuadé que collectivement, nous pouvons faire une différence significative sur le parcours de soins et services dans la vie des enfants et de leur famille et leur offrir des services accessibles et de qualité, qui auront un impact positif sur les adultes de demain

Lionel Carmant

Ministre responsable des Services sociaux

Rédaction principale

Direction générale adjointe des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique

Julie Godin, conseillère aux programmes et chargée de projet du programme Agir tôt

Kim Dionne, conseillère aux programmes

Marie-Ève Martel, conseillère aux programmes

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Emmanuelle Roy, orthophoniste et agente de planification, de programmation et de recherche, Équipe de soutien au déploiement provincial du programme Agir tôt,

Marie-Pier Simard, psychoéducatrice et agente de planification, de programmation et de recherche, Équipe de soutien au déploiement provincial du programme Agir tôt,

Collaboration

Direction générale adjointe des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique

Christine Lanctôt, conseillère aux programmes

Christine Plourde, conseillère aux programmes

Johanne Provencher, chef de projet – programme Agir tôt

Direction des services de proximité pour les jeunes en difficulté et leur famille,

Nathalie Beaudoin, conseillère au programme jeunesse

Julie Gagnon, coordonnatrice au programme jeunesse

Direction santé mentale jeunesse

Marie-Josée Boutot, conseillère

Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale

Julie Deschamps, conseillère en prévention et promotion de la santé pour le volet périnatalité et petite enfance,

Annie Motard-Bélanger, coordonnatrice en périnatalité et petite enfance

Direction santé mère-enfant

Martine Vézina, conseillère aux trajectoires de première ligne en pédiatrie et périnatalité

Direction

Direction des services de proximité pour les jeunes en difficulté et leur famille,

Annie Cotton, directrice,

Direction santé mère-enfant

Sabrina Fortin, directrice

Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale

Anne-Marie Langlois, directrice

Direction générale adjointe des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique

Richard Penney, directeur général adjoint

Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique – volet enfance et adolescence

Stéphane Shaink, directeur

Direction santé mentale jeunesse - volet jeunesse

Pascale-Andrée Vallières, directrice

Avant 2024

Geneviève Chabot, Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique

Jean Dupont, directeur de projet, Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés,

Josée-Anne Goupil, directrice générale adjointe, Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés, MSSS

Révision linguistique

Grazuela Ramassamy

Remerciements

Les travaux ayant mené à la rédaction de ce cadre de référence ont exigé un partage de connaissances et d'expertises ainsi que du temps de la part de nombreuses personnes au fil des dernières années. Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous ces collaborateurs et collaboratrices qui, à un moment ou à un autre, ont participé à l'une des consultations et apporté leur contribution à ce document.

Table des matières

Liste des tableaux	I
Liste des figures	I
Liste des sigles et acronymes	II
Notes importantes	III
Introduction	1
Mise en contexte	1
1. Présentation du programme Agir tôt.....	3
1.1 Objectif et clientèle	3
1.2 Principes directeurs	4
1.2.1 Agir ensemble	4
1.2.2 Agir précocement sur le développement global des enfants	5
1.2.3 Agir de manière écosystémique et inclusive	5
1.2.4 Agir en partenariat avec les parents	6
1.2.5 Agir en proximité	6
1.2.6 Agir autrement.....	7
1.2.7 Agir dans le respect de la diversité culturelle	8
1.3 Porteurs et partenaires clés	9
1.3.1 Principaux porteurs	10
Les programmes-services DP et DI-TSA.....	10
Le programme-services Jeunes en difficulté	11
1.3.2 Arrimage avec les autres programmes-services	11
Santé publique	11
Santé physique	12
Santé mentale.....	12
1.3.3 Partenaires externes au réseau de la santé	13
Services de garde éducatifs à l'enfance (SGEE).....	13
Réseau de l'éducation.....	14
Milieu communautaire et organismes sans but lucratif	14
2. Trajectoire de services en soutien au développement du programme Agir tôt	15
2.1 Portes d'entrée des demandes de services	15
2.1.1 Référence par les partenaires externes et internes	15
2.1.2 ABCdaire 18 mois + lors du rendez-vous de vaccination de 18 mois.....	16
2.1.3 Surveillance et dépistage en CHU.....	18
2.1.4 Actions par une approche communautaire	18

2.2 Fonctions du mécanisme d'accès	19
2.2.1 Évaluation globale des besoins et détermination du requis de services.....	20
2.2.1.1 Dépistage ciblé.....	21
2.2.2 Intervention brève et soutien ponctuel.....	22
2.2.3 Orientation vers les services.....	23
2.2.4 Suivi durant l'attente d'un service	24
2.3 Intervention.....	24
2.3.1 Intégration et hiérarchisation des services.....	25
2.3.2 Offre de services	25
2.3.3 Modèle de soutien par paliers multiples.....	26
2.3.4 Approche d'accompagnement.....	31
2.3.5 Processus d'évaluation dynamique	32
2.4 Continuité des services.....	32
2.4.1 Transition à l'école	33
2.4.2 Intervenant pivot.....	33
2.4.3 Collaboration interprofessionnelle	34
2.5 Évaluation diagnostique.....	35
3.Outils et ressources.....	36
4.Conclusion	36
Annexe 1 : Le rôle des CHU.....	38
Annexe 2 : La portée du dépistage.....	39
Annexe 3 : Repères pour orienter vers le dépistage ou les services.....	40
Annexe 4 : Exemples d'application du modèle de soutien par paliers multiples.....	44
BIBLIOGRAPHIE.....	46

Liste des tableaux

Tableau 1 : Niveaux de soutien du modèle par paliers multiples

Tableau 2 : La portée du dépistage

Liste des figures

Figure 1 : Porteurs et partenaires du programme Agir tôt

Figure 2 : Composantes de la trajectoire de services du programme Agir tôt

Figure 3 : Le lien entre la gamme de services en DP-DI-TSA et le modèle de soutien en paliers multiples pour Agir tôt

Figure 4 : Modèle de soutien par paliers multiples

Liste des sigles et acronymes

AAOR :	Accueil, d'analyse, d'orientation et de référence
CH :	Centre hospitalier
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CUA :	Conception universelle de l'apprentissage
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC :	Centre local de services communautaires
CPE :	Centre de la petite enfance
CPSC :	Centres de pédiatrie sociale en communauté
DP :	Déficiência physique
DI-TSA :	Déficiência intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
DPJ :	Direction de la protection de la jeunesse
ÉSSS :	Établissement de santé et des services sociaux
EQDEM :	Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle
EQPPM :	Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants à la maternelle
GMF :	Groupe de médecine familiale
ICIDJE :	Initiative concertée d'interventions pour soutenir le développement des jeunes enfants
INESSS :	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
IPS :	Infirmières praticiennes spécialisées
IPSPL :	Infirmières praticiennes spécialisées de première ligne
ISQ :	Institut de la statistique du Québec
JED :	Jeunes en difficulté
LPJ :	Loi sur la protection de la jeunesse
LSSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MASM :	Mécanisme d'accès en santé mentale
MEQ :	Ministère de l'Éducation du Québec
MFA :	Ministère de la Famille
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCF :	Organisme communautaire famille
PICSIM :	Programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu
PIN :	Programme d'intervention en négligence
PNSP :	Programme national de santé publique
PGPS :	Politique gouvernementale de prévention en santé
RLS :	Réseau local de services
RTS :	Réseau territorial de services
RSSS :	Réseau de la santé et des services sociaux
SCP :	Société canadienne de pédiatrie
SIPPE :	Services intégrés en périnatalité et petite enfance
SGEE :	Service de garde éducatif à l'enfance
SMJ :	Santé mentale jeunesse
SSG :	Services sociaux généraux
TND :	Trouble neurodéveloppemental
Y'APP :	Y'a personne de parfait

Notes importantes

Dans ce document :

- Les termes «*famille*» et «*proches* »ont été privilégiés. Ils englobent les *parents*, les *membres de la fratrie*, la *famille d'accueil*, les *conjointes et les enfants*. L'utilisation de ces mots désigne également le titulaire de l'autorité parentale et le représentant légal, le cas échéant.
- La désignation 0-7 ans est privilégiée; cette tranche d'âge réfère aux enfants âgés entre *0 et 6 ans et 364 jours*.
- Le terme «*intervenant*» est privilégié. Il désigne toute personne qui donne des soins de santé ou des services sociaux, et ce, qu'elle soit ou non une professionnelle de la santé.

Introduction

Ce document s'adresse principalement aux décideurs, aux gestionnaires et aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) qui sont responsables des services en soutien au développement des enfants de 0 à 7 ans. Il vise aussi à informer l'ensemble des acteurs et partenaires intersectoriels, dont les organismes communautaires, les services de garde éducatifs à l'enfance (SGEE), le réseau de l'éducation et les médecins. Le but est que tous partagent une vision commune du programme Agir tôt, un engagement phare du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), et dont le déploiement a commencé en 2019.

Les orientations associées à ce programme ont évolué depuis sa mise en place, et se sont enrichies avec son déploiement dans les différentes régions du Québec. Ce cadre de référence traduit la portée souhaitée et actualisée du programme Agir tôt, ses principes et l'offre de services qui y est associée. Il permettra de guider et de soutenir les établissements de santé et services sociaux (ÉSSS) ainsi que leurs partenaires dans la poursuite du déploiement des services associés au programme Agir tôt, adaptés à la réalité de leur région et de leur clientèle.

Mise en contexte

Chaque enfant, peu importe les circonstances et les milieux de vie dans lesquels il naît et grandit, doit pouvoir se développer pleinement, apprendre et évoluer dans un environnement favorable et inclusif. Les vulnérabilités observées dans le développement des enfants durant la période préscolaire suscitent des préoccupations, et ce, dans différents pays du monde. Il est démontré que les difficultés d'adaptation et de développement pendant la petite enfance influencent la santé, la réussite éducative et la trajectoire de toute une vie¹.

Préoccupé par ce constat, le gouvernement du Québec a signifié, en 2018, sa volonté de soutenir le plein potentiel et le développement de chaque enfant, et ce, dès la grossesse. Dans cette foulée, le ministère de la Famille (MFA) a déployé le dossier éducatif de l'enfant dans l'ensemble des SGEE, le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) a intensifié le développement des maternelles 4 ans et le MSSS a mis en œuvre le programme Agir tôt au sein du RSSS en 2019 et a élaboré le Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028. Selon leur mission respective, chacun de ces réseaux a une influence sur le développement du plein potentiel des enfants.

Le programme Agir tôt du MSSS est un projet ministériel structurant dont l'objectif est de renforcer l'accès et la continuité des services de proximité offerts aux enfants qui présentent ou sont à risque de présenter des défis dans leur développement ainsi qu'à leur famille conformément aux orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté, aux orientations de la gamme de services en DP-DI-TSA ainsi qu'à l'ensemble des politiques et plans d'action en périnatalité, petite enfance et en

¹ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2014). Développement de la petite enfance : énoncé de position du Collège royal.

santé mentale. Il vise à rendre disponibles des interventions de qualité, au moment opportun et par le bon intervenant, en fonction des besoins déterminés. Les visées sont de prévenir l'apparition de difficultés, de rattraper certains retards et de diminuer l'impact des difficultés sur le fonctionnement, la participation sociale et l'inclusion des enfants.

Au moment où le programme Agir tôt du MSSS a été lancé, l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants (EQEPE) de 0 à 5 ans, réalisée en 2015, révélait que 25 % des parents vivaient avec un enfant ayant des besoins particuliers². L'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) de 2017 révélait, quant à elle, qu'au Québec, la proportion d'enfants vulnérables dans au moins un des cinq domaines de développement était de 27,7 % au moment de son entrée à la maternelle³. Ces domaines de développement sont la santé physique et le bien-être, les compétences sociales, la maturité affective, le développement cognitif et langagier ainsi que les habiletés de communication et les connaissances générales. Cette proportion est passée à 28,7 % dans l'EQDEM réalisée en 2022 et a grimpé à environ 34 % chez les enfants vivant dans un contexte marqué par une très grande défavorisation matérielle ou sociale⁴.

Le programme Agir tôt est une opportunité ainsi **qu'un levier pour rassembler différents acteurs autour des enfants** qui présentent ou pourraient présenter des vulnérabilités sur le plan de leur développement et de leurs familles. **Ensemble, les parents, la communauté, les organismes communautaires, les SGEE, les écoles et les ÉSSS se mobilisent pour soutenir le développement de ces enfants, leur participation sociale, puis pour favoriser la transition vers l'école primaire**⁵.

Depuis 2019, la trajectoire de services associée au programme Agir tôt du MSSS s'est déployée graduellement au sein des ÉSSS par :

- des actions visant à détecter le plus tôt possible les enfants à risque de présenter des difficultés dans leur développement : le dépistage ciblé et la surveillance du développement via l'ABCdaire 18 mois + réalisée lors de la vaccination en CLSC;
- des services d'intervention, auprès des enfants qui présentent des retards ou difficultés dans leur développement, rehaussés significativement avec l'embauche de nombreux intervenants partout au Québec afin que l'ensemble des CISSS et CIUSSS mettent en place des équipes multidisciplinaires en proximité;
- des concertations et des arrimages accrus entre partenaires intra et intersectoriels en vue d'une meilleure intégration de services et d'un parcours de soins et de services plus fluide pour les enfants et leur famille;

² Lavoie, A., & Fontaine, C. (2016). *Mieux connaître la parentalité au Québec: un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*. Institut de la statistique du Québec. [\[EN LIGNE\]](#)

³ Institut de la statistique du Québec (2018). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2017 : portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives*, 126 p.

⁴ Institut de la statistique du Québec (2023). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2022 : portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives*, 153 p.

⁵ Ministère de la Famille (avec la collaboration du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et du ministère de la Santé et des Services sociaux) (2014). *Favoriser le développement global des jeunes enfants au Québec : une vision partagée pour des interventions concertées*, 29 p.

- des actions élargies à la clientèle jusqu'à 7 ans pour offrir des services aux enfants dont les besoins le requièrent, en complémentarité avec le réseau scolaire, afin de soutenir leur transition vers la maternelle et le premier cycle du primaire.

Après plusieurs années d'implantation, de suivi et de travail collaboratif entre le MSSS et les ÉSSS, force est de constater que malgré les avancées et les efforts collectifs, **des défis d'accès et de continuité aux services sont encore vécus par les enfants et leur famille**. Ce constat, jumelé à l'état des connaissances sur les meilleures pratiques en intervention précoce et au contexte d'implantation de la gamme de services en DP-DI-TSA, commande un **changement de paradigme** et une **évolution des pratiques** pour les ÉSSS. **Une vision renouvelée des services** à mettre en place s'impose afin de soutenir, le plus tôt possible et le plus près possible des milieux de vie et des communautés, le développement du plein potentiel des enfants et **faire converger et fructifier les efforts collectifs de tous les acteurs et partenaires** vers une égalité des chances.

La dispensation de services de proximité, accessibles, précoces et intégrés en réponse aux besoins des enfants, qui présentent ou sont à risque de présenter des défis de développement, et ceux de leurs familles est la visée vers laquelle tendre. De nombreux modèles et initiatives porteuses, présentement implantées et en émergence à travers la province, témoignent de l'évolution des services et des pratiques. Ce sont des exemples et des opportunités à suivre.

1. Présentation du programme Agir tôt

1.1 Objectif et clientèle

L'objectif du programme Agir tôt est d'offrir aux enfants âgés de 0 à 7 ans du Québec le soutien dont ils ont besoin, en temps opportun, pour se développer pleinement et vivre une première transition scolaire harmonieuse en :

- renforçant les actions de proximité qui soutiennent le développement et l'inclusion de l'ensemble des enfants dans les différents milieux de vie;
- détectant le plus tôt possible les enfants qui présentent des vulnérabilités dans leur développement, entre autres, par une surveillance du développement lors du rendez-vous de vaccination réalisé en CLSC à 18 mois;
- orientant rapidement les enfants vers les bons services grâce à l'évaluation des besoins et au dépistage ciblé, via une plateforme numérique, si requis;
- offrant des services variés d'intervention, en réponse aux besoins, sans nécessité de diagnostic préalable, dès les premiers contacts avec l'enfant et sa famille;
- collaborant à l'évaluation diagnostique afin de mieux répondre aux besoins des enfants, lorsque cela est pertinent et requis.

Ces actions s'intègrent dans une trajectoire globale et intégrée, en soutien au développement des enfants et en soutien à leur famille, **qui se module et s'ajuste en fonction des besoins présents**.

Le programme Agir tôt s'adresse plus particulièrement aux enfants à risque de présenter ou qui **présentent des indices de difficultés dans leur développement, des retards** ou des troubles neurodéveloppementaux⁶ (TND), ainsi qu'à leur famille. Ce sont des enfants ayant besoin de soutien particulier: « *Les enfants ayant besoin de soutien particulier sont des enfants pour lesquels un soutien ou des interventions supplémentaires sont requis afin de s'assurer qu'ils atteignent leur plein potentiel ET qui présentent une difficulté dans leur développement, diagnostiquée ou non, ou une incapacité pouvant entraîner une situation de handicap* »⁷. Le besoin de soutien peut concerner un ou plusieurs domaines du développement (affectif et social, physique et moteur, langagier et cognitif) ainsi que le fonctionnement et la participation aux activités du quotidien au sein des différents milieux de vie de l'enfant.

Le programme Agir tôt s'adresse également **aux acteurs clés qui gravitent autour de ces enfants et de leur famille, ainsi qu'aux communautés dans lesquelles ils évoluent et qui sont susceptibles de les côtoyer**, afin de leur offrir un **soutien et un accompagnement ajustés** et ainsi renforcer leur capacité d'agir pour favoriser le développement, la participation sociale et l'inclusion de l'ensemble des enfants.

1.2 Principes directeurs

Les sept principes suivants constituent les assises qui guident l'organisation des services et les pratiques cliniques à mettre en œuvre dans le parcours de soins et de services associé au programme Agir tôt.

1.2.1 Agir ensemble

Un **partenariat** et un **rehaussement des pratiques de collaboration interprofessionnelles et intersectorielles** sont inhérents à l'implantation réussie du **programme Agir tôt**, considérant que les défis de développement peuvent survenir à différents moments dans le parcours des enfants et dans tous les milieux de vie où ils évoluent. Il est attendu que l'ensemble des acteurs travaille de manière concertée pour utiliser les ressources de façon efficiente et éviter de dédoubler leurs actions. Cela nécessite la mise en commun des forces de chacun et un partage des responsabilités de manière à offrir une réponse optimale et précoce aux besoins des enfants, des familles et des communautés. Le programme Agir tôt mise avant tout sur un parcours de soins et de services intégré, fluide et pertinent puisque les enfants et les familles présentent généralement des besoins qui dépassent la segmentation par programmes-services.

⁶ Selon la 5^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-V), les troubles neurodéveloppementaux regroupent un « ensemble d'affections qui débutent dans la période du développement, souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école primaire; ils sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel » (American Psychiatric Association, 2015).

⁷ Observatoire des tout-petits. (2023). *Tout-petits ayant besoin de soutien particulier : Comment favoriser leur plein potentiel?* Montréal, Québec, Fondation Lucie et André Chagnon, p.19.

1.2.2 Agir précocement sur le développement global des enfants

La période de la petite enfance est une période déterminante pour favoriser le développement global des enfants⁸. L'enfant peut profiter au maximum des expériences et des interactions positives qui lui sont offertes dans son quotidien pour bien se développer et s'épanouir grâce à la grande capacité de son cerveau à se réorganiser et à se modifier. Il est ainsi primordial d'intervenir afin de répondre aux besoins présents, le plus précocement possible et sans nécessité qu'un diagnostic soit établi ou préalable, afin d'influencer positivement la trajectoire de vie de l'enfant⁹.

Le développement global de l'enfant peut se diviser en grands domaines : physique et moteur, social et affectif, cognitif, langagier. Bien qu'il progresse selon le rythme de chaque enfant, le développement suit généralement des étapes prévisibles et cumulatives, puis les différents domaines de développement s'influencent mutuellement. Le développement de l'enfant est donc un processus continu, dynamique et complexe qui doit être **considéré de manière globale en misant sur les forces de l'enfant, ses préférences, son unicité et sur le jeu qui a des effets positifs sur tout son développement.**

1.2.3 Agir de manière écosystémique et inclusive

Le développement de l'enfant est influencé par ses caractéristiques personnelles, son environnement familial ainsi que les différents milieux de vie dans lesquels il évolue. L'enfant se trouve au centre des actions. L'approche écosystémique permet de jeter un regard sur l'ensemble des facteurs personnels et environnementaux pouvant influencer le développement, le bien-être et la participation sociale de l'enfant¹⁰. Les actions les plus efficaces sont celles qui maximisent l'effet bénéfique des facteurs de protection et réduisent l'effet nocif des facteurs de risque.

Les **adultes significatifs** qui accompagnent l'enfant au quotidien sont des **partenaires essentiels** pour favoriser son développement optimal. Ils exercent une influence notable par leur proximité, la fréquence des contacts et la qualité de la relation qu'ils peuvent développer avec lui. Par exemple, des interactions adultes-enfants de qualité seraient le premier élément actif du développement langagier. Il paraît donc primordial d'intervenir efficacement pour soutenir chez l'adulte, lorsque nécessaire, une réponse sensible, réactive et réciproque dans ses interactions avec l'enfant¹¹.

⁸ Fraser Mustard, J. (2011). « Développement du cerveau dans la petite enfance et développement humain », dans Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, *Importance du développement des jeunes enfants*, p. 13-16.

⁹ Heckman, J. J. (2008). *The case for investing in disadvantaged young children*. CESifo DICE Report, 6(2), 3–8.

¹⁰ Institut national de santé publique du Québec. (2014). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants : état des connaissances*, 49 p.

¹¹ Sylvestre, A., Di Sante, M., Brassard, É. et Leblond, J. (2021). *Présentation de l'outil Comportements observés du parent en interaction avec l'enfant (COPI) : un outil permettant d'observer les comportements parentaux importants pour le développement langagier*. Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology (CJSLPA) Volume 45, No 2, 2021.

L'importance d'une intervention précoce inclusive de qualité pour tous les enfants, incluant ceux présentant des difficultés développementales, est largement reconnue¹². L'inclusion vise à transformer les milieux de vie pour les adapter à la diversité des enfants et à éliminer, le plus possible, les obstacles à la participation sociale. C'est l'environnement qui ainsi est appelé à s'adapter. Le défi à relever consiste à penser, **avant tout, aux adaptations permettant de répondre à des besoins communs et à la diversité des profils et capacités des enfants**, plutôt que d'envisager des adaptations à la pièce ou des accommodements au cas par cas¹³.

Dans le cadre du programme Agir tôt, **une priorité est accordée à outiller et à soutenir la famille ainsi que les acteurs clés autour des enfants afin d'agir, en amont, sur les environnements pour favoriser le développement, la participation et l'inclusion des enfants.**

1.2.4 Agir en partenariat avec les parents

Le programme Agir tôt s'appuie sur le rôle primordial joué par les parents. Ils sont considérés comme membres à part entière de l'équipe dans laquelle leur savoir expérientiel et leurs forces sont reconnus et mis à contribution afin de développer leur pouvoir d'agir « *empowerment* ». Le lien de confiance se construit dès les premiers contacts grâce au développement d'une vision commune des besoins, des priorités et des objectifs. La participation active de la famille aux décisions les concernant est primordiale tout au long du parcours, notamment en leur offrant des choix quant aux orientations et services possibles.

Les parents d'enfants qui présentent des difficultés dans leur développement et des défis de santé sont plus **susceptibles de vivre des inquiétudes, de l'anxiété, de la détresse et de l'épuisement**. Ils doivent être **soutenus adéquatement** et recevoir des services personnalisés, coordonnés, facilement accessibles et qui tiennent compte de l'ensemble de la dynamique familiale¹⁴.

1.2.5 Agir en proximité

Le programme Agir tôt **mise sur une offre de services de proximité par et pour la communauté** dans une optique d'équité et d'inclusion sociale. Il préconise le développement de services de proximité adaptés aux besoins de la population grâce à un **partenariat entre les différents partenaires publics, privés et communautaires intra et intersectoriels**. Les intervenants du réseau de la santé assument une responsabilité

¹² Conseil supérieur de l'éducation. (2017). *Pour une école riche de tous ses élèves : s'adapter à la diversité des élèves, de la maternelle à la 5^e année du secondaire*, Québec, Le Conseil, p. 155; UNESCO. (2023). *Pour une inclusion dans l'éducation dès la petite enfance : de l'engagement à l'action*, 58 p.

¹³ Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec. (2023). *Guide de pratique en orthophonie scolaire*, 79 p.

¹⁴ Pozniak, K., King, G., Chambers, E., Martens, R., Earl, S., Kraus de Camargo, O., et autres & Rosenbaum, P. (2024). What do parents want from healthcare services? Reports of parents' experiences with pediatric service delivery for their children with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 46(12), 2670-2683.

collective, avec leurs partenaires, à l'égard de la santé et du bien-être des enfants et des familles d'un territoire ciblé.

Les services associés au programme Agir tôt doivent être visibles, connus et dispensés prioritairement dans les milieux de vie et près des contextes naturels des enfants, des familles et des communautés¹⁵. Ceux-ci s'intègrent et s'inscrivent en complémentarité avec les ressources et les services en petite enfance offerts par les secteurs communautaires, de la santé et des services sociaux ainsi que de l'éducation. Cela implique, en priorité, de consolider les forces vives des milieux et de bâtir à partir de ce qui existe déjà.

L'approche communautaire, au cœur des services de proximité, permet de rejoindre les familles qui ne connaissent pas ou ne vont pas vers les services du RSSS en s'associant aux partenaires communautaires et intervenants de proximité travaillant sur le terrain.

1.2.6 Agir autrement

Un changement de paradigme s'impose dans la façon d'offrir les services aux enfants qui présentent des défis dans leur développement et à leur famille afin de tendre vers une **équité** de services et de **faire face aux défis d'accès** et de **continuité** des services dans un contexte de **ressources limitées**.

Il s'avère incontournable de :

- **diversifier l'offre de services et en améliorer la flexibilité pour répondre de manière précoce aux besoins des enfants et de leur famille** (ex. : offrir des interventions brèves en modalités diverses, miser sur le coaching, offrir des services d'intensité et de durée variées, adapter le mode de prestation selon les besoins des familles, utiliser la télésanté¹⁶, offrir des plages horaires diversifiées, utiliser les locaux en proximité ou s'associer à des ressources communautaires);
- **renforcer et mettre de l'avant des actions préventives en collaboration avec les équipes de santé publique et les partenaires intersectoriels**, dans le but de réduire le nombre d'enfants présentant des vulnérabilités sur le plan de leur développement et devant être orientés vers des services (par le biais d'une offre de services en soutien-accompagnement aux partenaires et aux collectivités, en élargissant la portée de nos actions au bénéfice des enfants d'un groupe, d'un milieu et d'une communauté);
- **soutenir le passage d'une offre de services centrée sur le diagnostic à une offre axée sur la réponse aux besoins de l'enfant et de sa famille**. Cela signifie que plutôt que de se concentrer principalement sur l'identification exhaustive des déficits et incapacités de l'enfant et du diagnostic on tient compte des besoins individuels et variés de chaque enfant dans une perspective de développement et de fonctionnement

¹⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2023). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité : Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux*, 73 p.

¹⁶ Camden, C., et coll. (2020). "Diversity of practices in telerehabilitation for children with disabilities and effective intervention characteristics: results from a systematic review", *Disability and Rehabilitation*, vol. 42, No. 24, p. 3424-3436.

global ainsi que de la capacité du milieu à répondre aux besoins présents.¹⁷ L'intention est d'offrir du soutien, le plus tôt possible, en considérant la perspective des parents, leurs besoins et priorités ainsi que les forces, intérêts et capacités de l'enfant. Le niveau de soutien nécessaire est ajusté pour permettre à l'enfant de se développer pleinement et maximiser sa participation sociale dans ses différents milieux de vie en mobilisant l'ensemble des acteurs et leviers autour de lui.

Trois orientations complémentaires viennent soutenir cette transformation dans les services dans le cadre du programme Agir tôt :

- **l'implantation de la gamme de services en DP-DI-TSA (consulter les sections 1.3.1 et 2.3.1);**
- **la mise en place d'un modèle de prestation de soutien par paliers multiples (consulter la section 2.3.3);**
- **les orientations pour l'évaluation diagnostique des TND (consulter la section 2.5).**

1.2.7 Agir dans le respect de la diversité culturelle

Il importe de s'ajuster à la diversité des familles, notamment en regard des réalités ethnoculturelles et des communautés autochtones. Les pratiques parentales et culturelles peuvent plus particulièrement varier au regard de l'alimentation, des habitudes de sommeil, de l'interaction et des relations entre les jeunes enfants et les adultes. Les attentes à l'égard du développement, de l'éducation et du rôle des parents dans les services offerts par le RSSS varient également en fonction des cultures, ce qui peut engendrer des interprétations divergentes et de la méfiance de part et d'autre. Toutefois, plusieurs objectifs sont partagés parmi les cultures en ce qui a trait au développement des enfants et à l'éducation, tels que de promouvoir leur bien-être, leur donner les compétences nécessaires à leur survie économique ultérieure ou leur transmettre les valeurs de leur culture d'origine.

L'engagement à l'égard de la diversité, l'équité et l'inclusion se traduit par des actions à différents niveaux, afin de rejoindre l'ensemble des enfants et des familles dans le cadre du programme Agir tôt. Par exemple :

- impliquer des partenaires des communautés culturelles dès la réflexion sur les services à offrir pour les rendre suffisamment adaptés et bien rejoindre les familles;
- renforcer la sensibilité et la compétence culturelle des intervenants par une formation adéquate;
- impliquer des intervenants interculturels et des intervenants de proximité locaux (ex. : navigateurs culturels disponibles dans certaines régions);
- renforcer les collaborations avec les partenaires locaux et intersectoriels par le biais d'ententes ou de mécanismes établis (ex. : centres d'amitié autochtones et ententes officielles avec le secteur de l'éducation ou des SGEE).

¹⁷ Observatoire des tout-petits. (2023). *Tout-petits ayant besoin de soutien particulier : Comment favoriser leur plein potentiel?* Montréal, Québec, Fondation Lucie et André Chagnon.

Une importance particulière est accordée à la réalité des enfants et familles issus des Premières Nations et Inuit (PNI) et à la sécurisation culturelle des services¹⁸ qui leur sont destinés dans le cadre du programme Agir tôt, comme en témoignent deux mesures incluses dans des plans gouvernementaux¹⁹.

1.3 Porteurs et partenaires clés

Au sein des CIUSSS et CIUSSS, les services associés au programme Agir tôt s'imbriquent aux services en place et sont portés en co-responsabilité par les programmes-services DP-DI-TSA et JED. Les actions de ces programmes-services s'inscrivent en complémentarité avec ceux de plusieurs partenaires internes et externes, dans le respect des mandats de chacun, afin de pouvoir soutenir de façon optimale le développement et l'inclusion des enfants dans leurs milieux de vie et accompagner leurs parents, tel qu'illustré à la figure 1.

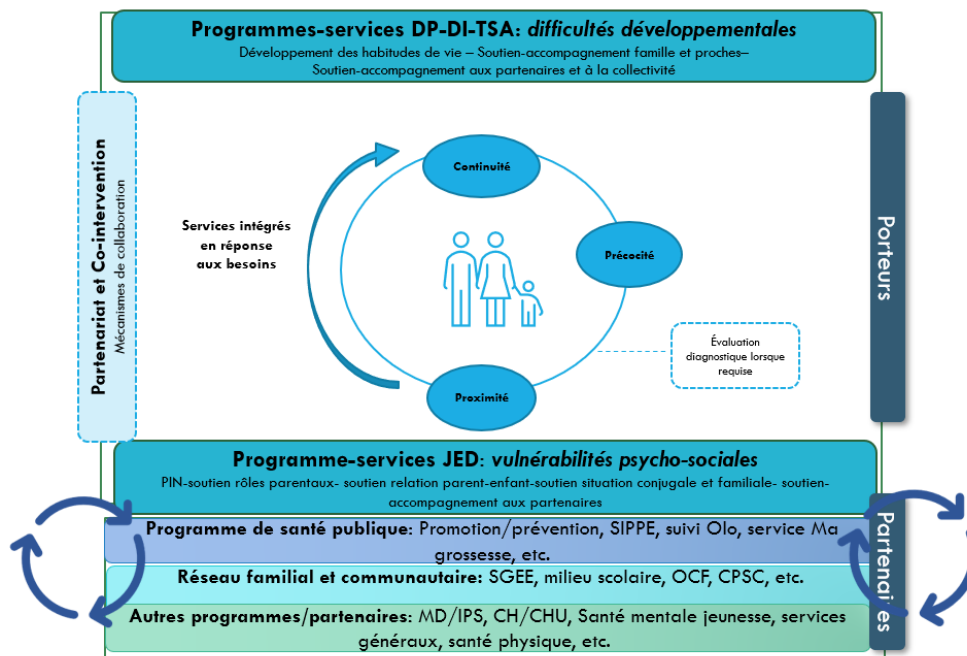


Figure 1 : Porteurs et partenaires du programme Agir tôt

¹⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021b). *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*, 70 p.

¹⁹ Les plans gouvernementaux sont :

- Plan d'action gouvernemental pour le mieux-être social et culturel des Premières Nations et des Inuit (2022-2027) : « Soutenir le déploiement de travailleurs de proximité en petite enfance “Turaartaviks” (programme Agir tôt) afin d'offrir dans les communautés inuit du Nunavik des services culturellement sécurisants pour les enfants âgés de 0 à 6 ans et leurs familles. »
- Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) (2022-2025) : « Avec la collaboration des communautés issues des Premières Nations et des Inuit (PNI), adapter culturellement les outils d'identification de problèmes du développement associés au programme Agir tôt ».

1.3.1 Principaux porteurs

Dans un souci d'harmoniser le parcours de soins et de services des enfants dans le cadre du programme Agir tôt, le MSSS déploie des orientations visant à **préciser et à revoir les rôles et responsabilités des programmes-services de JED et de DP-DI-TSA** des CISSS et CIUSSS. Ces orientations s'inscrivent en cohérence avec l'implantation de la gamme de services en DP-DI-TSA, ainsi:

- **les services de soutien au développement destinés aux enfants présentant des difficultés développementales (indices, retards ou trouble) et à leur famille et proches sont sous la responsabilité des programmes-services en DP-DI-TSA;**
- **les services destinés aux enfants et familles en situation de vulnérabilité psychosociale sont sous la responsabilité du programme JED.**

Bien que ces programmes-services offrent une variété d'activités et de services complémentaires pour lesquels ils détiennent une expertise propre, l'intégration transversale de leurs offres de services demeure essentielle afin de s'acquitter de leur responsabilité populationnelle. Ceci est particulièrement important pour une clientèle en bas âge, en plein développement dont les besoins évoluent et afin de répondre au besoin de soutien psychosocial des familles en fonction de leur contexte et de l'expertise requise. De plus, comme les enfants en situation de négligence sont plus susceptibles que les autres d'accuser des retards de développement²⁰, un certain nombre d'entre eux nécessiteront des suivis conjoints des programmes-services en DP-DI-TSA et JED en raison du contexte psychosocial dans lequel ils évoluent.

Les programmes-services DP et DI-TSA

Les programmes-services DP et DI-TSA regroupent des services ayant pour finalité de contribuer à développer et à maintenir les capacités des enfants, à compenser leurs incapacités et à favoriser leur épanouissement et leur pleine participation sociale. Ils sont offerts aux enfants qui présentent des indices, des retards ou des troubles confirmés dans leur développement, ainsi qu'à leur famille. **La confirmation d'un TND ou d'un diagnostic ou bien une référence médicale n'est pas requise pour accéder aux services de ces équipes.**

Ces programmes services sont encadrés par le *Cadre de référence ministériel pour l'organisation des services en déficience*²¹ et par la Gamme de services DP-DI-TSA²². Conformément aux principes directeurs qui guident l'organisation des services, la gamme complète de services est composée de :

²⁰ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2020). *Dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants et des jeunes (0-18 ans) recevant des services en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)*, 74 p.

²¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017 b). *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience : cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*, 84 p.

²² Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021a). *Pour une intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience : gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme*, 39 p.

- services de soutien et d'accompagnement, incluant les services psychosociaux à la famille et aux proches;
- services de développement et de reprise des habitudes de vie;
- services de soutien aux partenaires et à la collectivité.

Le programme-services Jeunes en difficulté

Le programme spécifique JED réunit, entre autres, sous sa gouverne, le Suivi psychosocial, le Programme d'intervention en négligence (PIN), le Programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu (PICSIM) et plusieurs autres services, dont les services de la Protection de la jeunesse (PJ). Certains jeunes auront besoin d'une aide appropriée, en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ) lorsque la sécurité ou le développement sont ou peuvent être considérés comme compromis.

Le programme Jeunes en difficulté contribue à la santé et au bien-être des jeunes et de leur famille²³. Il regroupe des services destinés aux jeunes de la petite enfance qui :

- présentent des problèmes de développement ou de comportement;
- rencontrent des difficultés d'adaptation sociale (violence, etc.);
- ont besoin d'une aide appropriée pour assurer leur sécurité et leur développement (abus, négligence, etc.) ou pour éviter que ceux-ci ne soient compromis.

Dans la grande majorité des cas, ces problèmes résultent du cumul et de l'interaction de multiples facteurs de risque auxquels ils sont exposés. Le programme JED offre également des services aux familles des jeunes concernés.

1.3.2 Arrimage avec les autres programmes-services

Santé publique

La santé publique contribue à maintenir et à améliorer la santé de la population ainsi qu'à réduire les inégalités sociales de santé par un ensemble de programmes, de services et de politiques publiques qu'elle déploie en collaboration avec des partenaires du réseau de la santé et d'autres secteurs d'activités²⁴. Le Programme national de santé publique 2015-2025 (PNSP) cible le développement global des enfants et des jeunes et inclut des actions de promotion de la santé, réalisées auprès de l'ensemble de la population :

- les rencontres prénatales de groupe;
- la mise en œuvre de services de soutien à l'allaitement;
- la distribution du guide Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans;
- le service Ma grossesse (avis de grossesse provincial);
- la collaboration avec les SGEE pour la mise en œuvre d'actions visant à soutenir la création d'environnements favorables au développement des enfants;

²³ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017a). *Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille : orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022*, 80 p.

²⁴ CIUSSS MCQ [En ligne]. <https://ciusssmcq.ca/a-propos-de-nous/sante-publique>

- l'Initiative concertée d'interventions pour soutenir le développement des jeunes enfants (ICIDJE), en collaboration avec le MFA et le MEQ.

D'autres services de santé publique incluent des actions de prévention réalisées auprès d'un sous-groupe de la population qui présente des facteurs de risque liés à des contextes de vie (ex. : pauvreté, sous-scolarité et isolement social). En raison de ces facteurs de risque, ces personnes présentent des probabilités plus élevées d'avoir des problèmes de santé ou psychosociaux. Les actions de prévention en santé publique liées au développement des jeunes enfants incluent notamment :

- le suivi Olo;
- les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE);
- le programme de soutien parental Y'a personne de parfait (Y'APP);
- les services dentaires préventifs auprès d'enfants à risque de caries.

Santé physique

Les médecins de famille et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) jouent un rôle primordial auprès des enfants et familles. En complémentarité avec les équipes d'intervention, ils assurent la réponse la mieux adaptée aux besoins de l'enfant et de sa famille. L'implication des services en périnatalité et en petite enfance est sollicitée afin de mobiliser les intervenants qui gravitent autour de l'enfant et assurer la surveillance de son développement.

Lorsque requis, les équipes médicales et les médecins spécialistes, notamment les pédiatres et les pédopsychiatres, peuvent être consultés concernant la santé physique ou les retards de développement de l'enfant et peuvent, au besoin, prescrire certains traitements ou médicaments, puis participer à la planification des plans d'intervention individualisés avec les équipes de proximité et en assurer le suivi.

Les CHU pédiatriques, quant à eux, sont directement impliqués dans les trajectoires de soins complexes, parfois dès la naissance. Leurs équipes assurent la surveillance développementale et le dépistage systématique des enfants ayant une condition médicale nécessitant un suivi régulier dans leur établissement et pour les clientèles connues à haut risque. Ils peuvent être impliqués dans l'évaluation diagnostique et ils assurent les liens avec les autres établissements du RSSS pour que les familles reçoivent des services en ayant recours à la téléconsultation et au télémentorat lorsque possible. L'annexe 1 présente des informations complémentaires concernant le rôle des CHU.

Santé mentale

Le programme Santé mentale vise à permettre à toute personne présentant des symptômes relatifs à un trouble mental ou un trouble mental confirmé d'obtenir une réponse adaptée à ses besoins et à sa situation. Le mécanisme d'accès en santé mentale (MASM)²⁵ joue un rôle de porte d'entrée et constitue également la principale voie de

²⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022). *Mécanisme d'accès en santé mentale au Québec : Cadre de référence à l'intention des établissements de Santé et de Services sociaux*, 54 p.

convergence et de pertinence des demandes de services, tant pour les services spécifiques que spécialisés en santé mentale pour les jeunes et les adultes. Le MASM, qu'il soit pour les jeunes ou les adultes, priorise l'accès aux services en santé mentale pour les parents d'enfants, jeunes ou adultes, suivis par le RSSS lorsque l'absence de ces services pourrait limiter la portée des interventions offertes à ces enfants et à leur famille. Il importe de rappeler que la personne, sa famille et son entourage n'ont pas besoin d'un diagnostic de trouble mental pour accéder aux services du MASM.

Une collaboration interprofessionnelle et intersectorielle entre les programmes intervenant auprès des jeunes est essentielle à l'offre de services qui leur sera faite. Afin de répondre aux besoins des familles et de l'entourage, les activités du MASM s'effectuent en continuité de l'offre des services sociaux généraux, mais également ceux des programmes-services destinés aux jeunes en difficulté, notamment s'il y a présence de facteurs de risque familiaux et environnementaux sur la santé mentale du jeune. L'offre de soins et services en santé mentale est basée sur le modèle de soins par étapes du programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM). La gamme de services offerte est très variée et complète : éducation psychologique, autosoins, psychothérapie, menant jusqu'à l'évaluation du trouble mental, à l'évaluation et au traitement en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et en psychiatrie adulte. La modalité des interventions peut se faire autant en individuel qu'en groupe.

1.3.3 Partenaires externes au réseau de la santé

Services de garde éducatifs à l'enfance (SGEE)

Les SGEE ont pour mission d'assurer le bien-être, la santé et la sécurité des jeunes enfants qu'ils accueillent, d'offrir un milieu de vie propre à accompagner les jeunes enfants dans leur développement global, de contribuer à prévenir l'apparition de difficultés liées au développement global des jeunes enfants et de favoriser leur inclusion sociale. Ils représentent un acteur incontournable en ce qui concerne la clientèle préscolaire. La collaboration entre les familles, le milieu de garde et le CISSS ou le CIUSSS est essentielle pour permettre de coordonner les efforts de tous afin d'optimiser le développement du plein potentiel et la participation sociale des enfants à risque ou qui présentent des difficultés de développement. Un SGEE subventionné peut bénéficier de l'allocation pour l'intégration en services de garde (AISG) ²⁶ pour accueillir un enfant qui présente une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujet à rencontrer des obstacles dans sa démarche d'intégration. La mesure exceptionnelle de soutien à l'intégration en service de garde (MES)²⁷ offre une aide financière aux SGEE subventionnés, qui s'ajoute à l'AISG. En 2025, une entente visant à soutenir la collaboration et à assurer un continuum de services entre les prestataires de SGEE et les établissements de santé et de services sociaux sera adoptée et permettra notamment la mise en place de conditions qui assurent une réponse optimale aux besoins des enfants, sans duplication ni discontinuité de services.

²⁶ [Allocation pour l'intégration en service de garde | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](https://www.quebec.ca/gouvernement/actualites/nouvelles/2024/05/14/allocation-pour-l-integration-en-service-de-garde)

²⁷ [Mesure exceptionnelle de soutien à l'intégration en service de garde | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](https://www.quebec.ca/gouvernement/actualites/nouvelles/2024/05/14/mesure-exceptionnelle-de-soutien-a-l-integration-en-service-de-garde)

De plus, pour les enfants en situation de vulnérabilité qui présentent un besoin urgent de fréquenter un SGEE, un Programme de réservation de places en SGEE est disponible. Ceci permet à un SGEE (CPE ou garderie subventionnée) de réserver des places pour accueillir ces enfants. Une collaboration étroite entre le parent, le CISSS ou CIUSSS et le SGEE qui accueille l'enfant et sa famille est nécessaire pour sa pleine intégration.

Réseau de l'éducation

La mission de l'école québécoise est composée de trois grands axes qui sont d'instruire, de socialiser et de qualifier. Le milieu scolaire est un collaborateur important pour les enfants d'âge scolaire, ainsi que pour ceux qui vivent leur première transition scolaire. Le réseau de la santé et celui de l'éducation ont une responsabilité commune et partagée pour soutenir la santé et le bien-être des jeunes, leur réussite éducative ainsi qu'une première transition scolaire de qualité. Afin d'assurer une réponse optimale aux besoins des enfants et familles, la prestation de services du réseau de la santé et du réseau de l'éducation doit nécessairement être offerte de façon concertée. L'entente de complémentarité des services entre le réseau de la Santé et des Services sociaux et le réseau de l'Éducation²⁸ vise à ce que les gestionnaires et les intervenants du RSSS et de celui de l'éducation adoptent une vision commune des besoins des jeunes et de leur famille et assurent la coordination de leurs actions, dans un continuum intégré de services. Il devient essentiel, entre autres, de convenir des rôles et des responsabilités des intervenants au sein de chaque organisation en respect de leur mission (consulter la section 2.4.1).

Milieu communautaire et organismes sans but lucratif

Ancrés au cœur de la collectivité, différents organismes et partenaires de la communauté sont présents pour soutenir les enfants et leur famille, dont les centres de pédiatrie sociale en communauté, les organismes communautaires famille (OCF), les centres d'amitié autochtones, etc. Ils contribuent à l'amélioration des conditions de vie des familles dans les milieux où ils sont implantés et mènent des actions adaptées aux réalités et aux besoins des familles, qui varient d'une communauté à l'autre. Les services et le soutien qu'ils offrent sont complémentaires aux actions réalisées par les équipes du programme Agir tôt. En effet, ils permettent souvent de rejoindre des familles qui ne vont pas vers les services du RSSS en raison de différentes barrières d'accès et peuvent faciliter le lien de confiance avec elles. Il est essentiel que les ÉSSS établissent des mécanismes de collaboration ou concluent des ententes avec ces organismes.

Bien entendu, cette liste n'est pas exhaustive et d'autres partenaires jouant un rôle de premier plan dans la vie des enfants et des familles peuvent se greffer. Pensons par exemple aux municipalités qui ont la responsabilité d'offrir un accès aux activités et aux services municipaux de leurs territoires afin que tous les enfants et familles puissent bénéficier d'activités culturelles, sociales, sportives et récréatives ainsi qu'aux centres d'amitié autochtones qui sont des lieux d'ancrage culturel pour les autochtones en milieu urbain et qui offrent un continuum de services pour soutenir les enfants et leurs familles.

²⁸ [Liste complète des publications | Ministère de l'Éducation \(gouv.qc.ca\)](#)

2. Trajectoire de services en soutien au développement du programme Agir tôt

La prochaine section définit les grandes composantes de la trajectoire de services associée au programme Agir tôt, telle qu'illustrée à la figure 2.

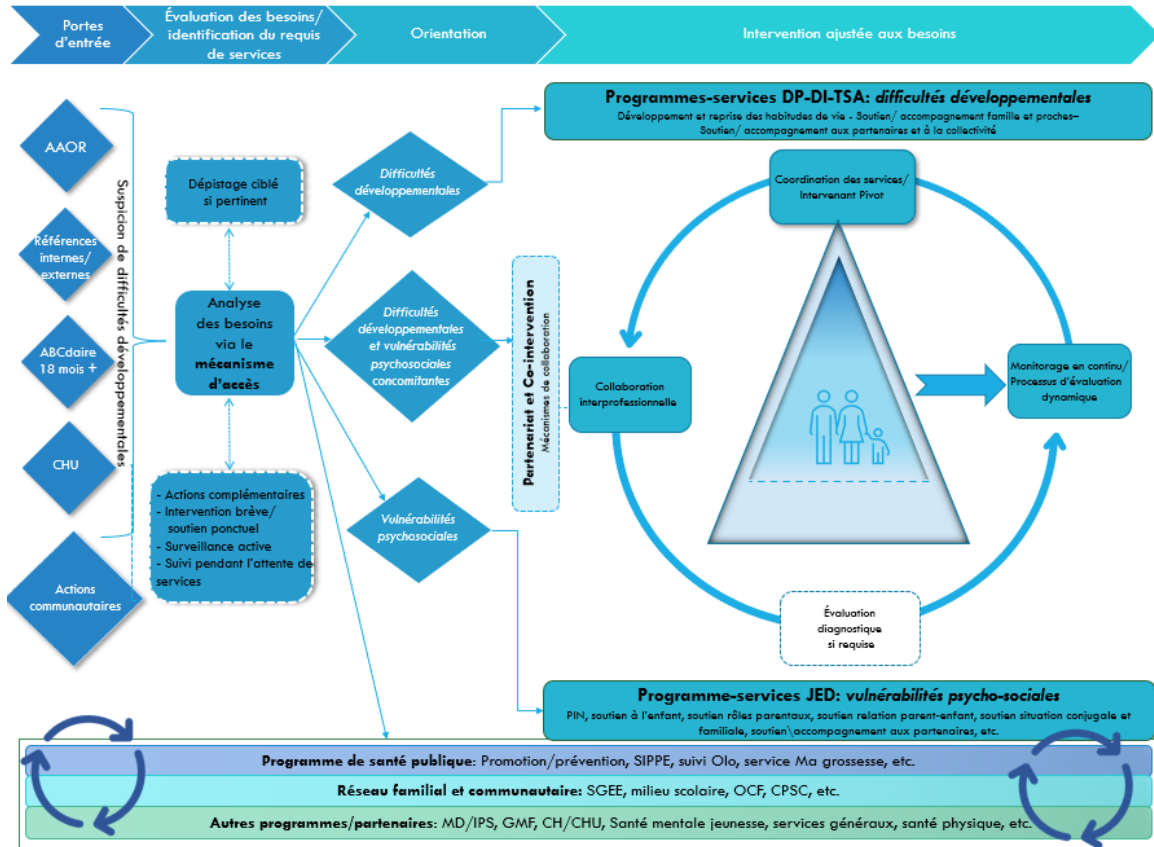


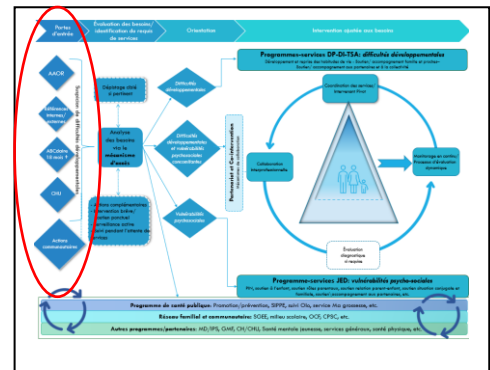
Figure 2 : Composantes de la trajectoire de services du programme Agir tôt

2.1 Portes d'entrée des demandes de services

La figure 2 illustre les différents moyens d'accéder aux services associés au programme Agir tôt. Ceux-ci s'adaptent à la réalité populationnelle et à l'organisation des services des CISSS et CIUSSS. L'importance de diversifier les moyens d'accéder aux services du programme Agir tôt et de réduire les barrières d'accès est ici réitérée.

2.1.1 Référence par les partenaires externes et internes

Les familles qui présentent des inquiétudes et se questionnent sur le développement de leurs enfants peuvent adresser directement une demande aux services associés au programme Agir tôt, et ce, sans requis d'une référence médicale. Le service d'accueil,



d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) des services sociaux généraux (Info-social 811) constitue la porte d'entrée principale pour tous les enfants et les familles ayant besoin de services dans les CISSS et les CIUSSS. Il est essentiel de prendre en considération les préoccupations parentales à l'égard du développement général de leur enfant comme un indicateur de difficultés possibles suffisamment sensible et crédible. Dans près de 80 % des cas, les parents qui expriment une inquiétude concernant le développement langagier de leur enfant voient leur préoccupation confirmée²⁹; ces difficultés pouvant coexister avec d'autres difficultés développementales ou comportementales ou en être une manifestation.

De plus, une référence peut être adressée par différents partenaires externes, dont les Groupes de médecine familiale (GMF), SGEE, écoles, centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC) et OCF, ce qui peut faciliter l'accès aux services. Dans tous les cas, une demande ou référence au programme ne peut être recevable qu'avec le consentement libre et éclairé des parents.

Les demandes acheminées au programme Agir tôt peuvent également provenir des partenaires internes, notamment SIPPE, suivi Olo, DPJ, JED, etc.

Des mécanismes de collaboration avec les partenaires sont à privilégier. Par exemple :

- une personne de référence est identifiée dans l'établissement avec qui les partenaires peuvent communiquer (ex. : agent de liaison, coordonnateur professionnel ou spécialiste en activités cliniques);
- des coordonnées uniques et intégrées sont mises en place pour faire une demande et des corridors de référencement sont facilités pour les partenaires;
- des pratiques et des outils sont établis afin de faciliter le partage et la circulation de l'information de façon optimale, avec l'autorisation du parent;
- une connaissance des offres de services en place par les partenaires et des personnes de référence avec qui communiquer (ex : agent de transition en milieu scolaire, OCF).

Selon le profil du référent et la situation de l'enfant, la nature des informations communiquées peut grandement varier. Toutefois, il est important que le référent fournisse le plus d'informations possible sur les besoins de l'enfant et ceux de sa famille et qu'il achemine l'ensemble des documents pertinents, lorsqu'autorisé par le parent ou le détenteur de l'autorité parentale. Ces informations contribuent à la qualité et à l'efficacité du processus d'analyse des besoins et d'accès aux services.

2.1.2 ABCdaire 18 mois + lors du rendez-vous de vaccination de 18 mois

L'une des stratégies retenues dans le cadre du programme Agir tôt consiste à bonifier le rendez-vous de vaccination à 18 mois offert en CLSC. Ce rendez-vous est l'occasion pour l'infirmière d'aborder avec les parents leurs préoccupations concernant le développement et la santé de leur enfant, de documenter la présence de facteurs de risque et de vérifier l'atteinte des principaux jalons de développement. Celle-ci est réalisée à l'aide d'un outil

²⁹ Smolla, N., et coll.(2015). « La pertinence de l'inquiétude parentale pour le développement langagier du jeune enfant référé en psychiatrie », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 36, n° 3, p. 235-263.

de surveillance³⁰ validé, l'*ABCdaire 18 mois+*, lequel est une version enrichie de l'*ABCdaire du suivi collaboratif des enfants âgés de 0 à 5 ans*. Cet outil est disponible sur la plateforme numérique du Programme Agir tôt

Pour faire converger l'utilisation et la saisie de données à un seul endroit. Des outils sont disponibles sur les pages web ministérielles afin d'assurer une préparation adéquate des parents au rendez-vous de vaccination³¹.

La vaccination est offerte à tous les enfants et rejoint plus de 80 % de ceux âgés de 2 ans ou moins au Québec³². Elle constitue un moment de surveillance clé pour tous les enfants de 18 mois, mais plus particulièrement ceux qui ne bénéficient pas d'un suivi de santé périodique complet. En effet, la Société canadienne de pédiatrie³³ estime que pour plusieurs enfants, l'une des dernières rencontres de suivi avec un professionnel de la santé avant l'entrée à l'école se situe à 18 mois. Elle reconnaît la pertinence de ce moment pour détecter des indices de retards de développement potentiels chez l'enfant.

En fonction du jugement clinique du professionnel autorisé, les besoins de l'enfant et de sa famille sont analysés et modulés selon les facteurs de risque et de protection présents.

À la suite du rendez-vous de vaccination et de la passation de l'*ABCdaire 18 mois+*, différents services et orientations sont possibles :

- une sensibilisation aux parents sur les jalons de développement global à venir;
- une poursuite de la surveillance par le parent et les acteurs clés impliqués auprès de l'enfant si aucun indice de vulnérabilité n'est détecté ou en présence de facteurs de protection suffisants et d'un filet de sécurité, selon l'analyse et le jugement clinique de l'infirmière;
- une orientation vers les services spécifiques du programme-services JED, lorsque des indices de vulnérabilité sur le plan psychosocial sont détectés par les intervenants. Un accompagnement dans les milieux de vie de l'enfant s'avère essentiel en vue d'assurer sa sécurité affective et lui permettre une meilleure disponibilité pour qu'il soit en mesure d'évoluer et de se développer en toute confiance;
- une orientation vers un suivi médical si un problème de santé est observé;
- une orientation vers le mécanisme d'accès du programme Agir tôt selon les besoins développementaux de l'enfant;
- des outils (capsules, dépliants et ressources) ou une orientation vers une ressource de la communauté (ex. : des ateliers offerts par un OCF).

³⁰ La surveillance du développement (détection) consiste à déterminer si l'enfant présente des facteurs de risque le rendant plus vulnérable sur le plan du développement, à soutenir les parents dans l'évocation de leurs préoccupations concernant leur enfant et à vérifier l'atteinte de jalons de développement. Elle s'adresse à tous les enfants et se fait de façon continue ou de manière ponctuelle par les adultes qui les côtoient par différents moyens. Il s'agit donc d'une responsabilité collective et partagée entre plusieurs intervenants de la petite enfance et avec la famille ou les proches de l'enfant.

³¹ Veuillez consulter ce document <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-864-11WF.pdf> et cette vidéo https://youtu.be/_j4GC-zWi8.

³² En 2019, 85 % des enfants de 1 an et 81 % des enfants de 2 ans du Québec avaient une couverture vaccinale complète (INSPQ, 2021).

³³ Société canadienne de pédiatrie (2011). *Bien faire ce qu'il faut à 18 mois : en appui au bilan de santé amélioré* (Document de principe)

2.1.3 Surveillance et dépistage en CHU

Les CHU pédiatriques assurent la surveillance et le dépistage des enfants de 0-7 ans qui ont une ou des conditions médicales particulières et complexes pouvant compromettre leur développement et qui nécessitent des visites dans leurs établissements de façon régulière (ex. : grand ou très grand prématuré). Ils assurent le suivi et, au besoin, l'orientation des enfants vers les services de proximité associés au programme Agir tôt pour y recevoir des services d'intervention. **Des mécanismes de collaboration entre les CHU et les CISSS/CIUSSS doivent être présents pour éviter toute redondance et assurer une complémentarité dans les actions de surveillance, de dépistage ainsi que dans tout le parcours de soins et de services.** Un soutien et un partage d'expertise sont à planifier selon le portrait clinique de l'enfant afin d'assurer une collaboration transversale avec les équipes de proximité.

2.1.4 Actions par une approche communautaire

L'approche communautaire est appelée à se développer et fait partie du mandat des équipes Agir tôt. Sa mise en œuvre contribue à une **plus grande présence et visibilité des intervenants dans les milieux de vie, ainsi que l'établissement de partenariats avec les acteurs de la communauté** (ex. : SGEE, milieux scolaires et communautaires) susceptibles de côtoyer des enfants à risque de présenter ou présentant des défis en regard de leur développement et leur famille. Le soutien aux partenaires communautaires vise à :

- renforcer la capacité des milieux à soutenir la stimulation du développement offerte aux enfants et éliminer les obstacles à la participation sociale;
- favoriser la qualité des pratiques éducatives et inclusives;
- prévenir, détecter et agir rapidement auprès des enfants à risque.

Une présence régulière et continue auprès des partenaires clés est d'ailleurs un facteur de succès des services offerts par une approche communautaire. Il est nécessaire de prendre le temps d'établir une relation de confiance et de respect avec eux, reconnaître et valoriser leur rôle et adopter une approche sensible et respectueuse.

Les **actions de démarchage** (« reaching out ») auprès d'acteurs ciblés (OCF, partenaire, CPSC) contribuent à diversifier et à multiplier les occasions de contact avec les enfants et les familles en situation de plus grande vulnérabilité susceptibles de bénéficier des services du programme Agir tôt. Des arrimages étroits sont nécessaires entre les équipes associées au programme Agir tôt et les travailleurs de proximité et les organisateurs communautaires impliqués dans les concertations intersectorielles.

Les besoins et demandes de soutien pour un enfant ou un groupe d'enfants peuvent ainsi émerger directement des milieux. L'établissement d'un lien de confiance avec les familles est ainsi facilité, tout comme l'accès aux services, évitant ainsi aux parents et partenaires de multiples démarches pour repérer et accéder à ces services. La mise en place rapide d'un soutien précoce, directement dans le milieu de vie, est alors facilitée. L'orientation de l'enfant et de sa famille vers d'autres services des CISSS et CIUSSS est également

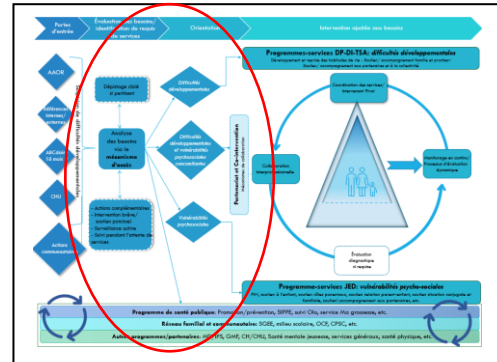
possible, si cela est requis. Un modèle de soutien en paliers multiples vient soutenir l'actualisation d'une telle pratique (consulter le tableau 1 et l'annexe 4 pour des exemples et précisions).

2.2 Fonctions du mécanisme d'accès

Les demandes de services, visant les enfants pour lesquels des difficultés développementales sont suspectées ou identifiées, **convergent et sont analysées au mécanisme d'accès** associé au programme Agir tôt. C'est par l'intermédiaire des équipes en place **que les besoins de l'enfant et ceux de sa famille sont évalués et que ces derniers sont orientés vers les services les plus appropriés et pertinents.**

Afin d'assurer l'efficacité et la pertinence clinique des actions réalisées à cette étape, mais surtout un accès plus précoce aux services, différents rôles et fonctions sont intégrés au mécanisme d'accès, soit :

1. l'évaluation globale des besoins et la détermination du requis de services, en ayant recours au dépistage ciblé si pertinent;
2. l'intervention brève et le soutien ponctuel si jugé pertinent;
3. l'orientation vers les services;
4. le suivi pendant l'attente d'un service.



Ces fonctions sont intégrées dans un mécanisme d'accès positionné de façon cohérente dans l'organisation de services en place et n'impliquent pas la création d'un nouveau guichet. Il occupe une place stratégique au sein des services spécifiques de chaque établissement. Ce positionnement lui permet de jouer un rôle déterminant dans la continuité, la fluidité et la cohérence de l'offre de soins et services.

L'équipe qui assure le traitement des demandes et les actions qui y sont associées est composée d'intervenants possédant les **compétences cliniques et administratives** leur permettant d'assumer leur rôle de manière efficace et efficiente afin de procéder à l'évaluation des besoins et du requis de services de l'enfant et de sa famille dans sa globalité (ex. : spécialiste en activités cliniques, coordonnateur professionnel, responsable clinique, intervenant, etc.). Ceux-ci sont appelés à travailler en **collaboration** et en **complémentarité** avec les **autres mécanismes d'accès** (ex. : AAOR et MASM) et avec des **partenaires**, plus particulièrement dans le cas de situations complexes nécessitant parfois plusieurs angles de compréhension et d'analyse. L'équipe possède une excellente connaissance des services disponibles à l'intérieur de l'établissement et de ceux offerts par les partenaires externes et communautaires. Cette équipe doit pouvoir compter sur le soutien clinique ainsi qu'un nombre suffisant d'intervenants pour être en mesure de répondre à son mandat et au volume de demandes de services.

La collaboration étroite entre l'intervenant actif auprès de l'enfant et de sa famille, le cas échéant (ex. : SIPPE, services du PIN ou DPJ ou suivi en CH/CHU ou en communauté), et les intervenants du mécanisme d'accès est essentielle afin d'assurer la pertinence clinique et la continuité des services pour l'enfant et sa famille, ainsi qu'une utilisation judicieuse des ressources à l'étape de l'analyse des besoins.

2.2.1 Évaluation globale des besoins et détermination du requis de services

L'évaluation des besoins et la détermination du requis de services sont **guidées par les attentes et priorités des parents**. Les parents sont appelés à cibler les activités, routines et situations qui posent davantage défi et ce qui apparaît le plus important à leurs yeux pour leur enfant et pour eux-mêmes (projet de vie). Un accompagnement plus personnalisé et ajusté à la réalité de certaines familles, dont la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité, doit être envisagé à cette étape.

L'établissement d'un lien de confiance avec les parents tout comme la construction de la **relation thérapeutique**, basée sur la confiance, le respect, l'écoute, l'empathie et l'authenticité, s'établissent généralement dès les premiers contacts. La qualité de l'accueil et de l'effort octroyé à établir un **réel partenariat** avec les parents sont cruciaux à cette étape.

En fonction du ou des besoins ciblés, l'objectif est de recueillir et d'analyser les informations nécessaires, selon une approche écosystémique, afin de pouvoir déterminer le premier service pouvant le mieux y répondre. Il ne s'agit pas ici de faire une évaluation exhaustive de la situation, mais d'avoir une compréhension globale du profil de l'enfant, des impacts sur le fonctionnement dans les activités et routines du quotidien et de la capacité du milieu à répondre aux besoins présents. Le recours à différents moyens se fait selon le jugement clinique de l'intervenant qui analyse la demande de services (ex. : entrevue avec les parents, consultation auprès des partenaires, démarches complémentaires, recours à des outils de dépistage via la plateforme numérique, observations, etc.). Ces informations permettront de préciser le niveau de soutien nécessaire et de déterminer l'intensité des services requis.

L'analyse du requis de services tient compte des éléments suivants :

- des besoins et des objectifs priorisés par la famille pour leur enfant et pour eux-mêmes, soutenus par le jugement clinique de l'intervenant;
- de l'âge de l'enfant et de son profil de développement global (dont les forces, les défis et les résultats aux outils de dépistage s'il y a lieu);
- du fonctionnement de l'enfant et des impacts dans ses différents milieux de vie (dont la maison, le SGEE et l'école);
- des valeurs, croyances et préférences de la famille;
- des interventions et stratégies déjà mises en place et de la réponse aux interventions et aux services offerts (soit le progrès et l'évolution, informations provenant des partenaires);

- des facteurs de risque et de protection (dont la fréquentation d'un service de garde) et de la capacité des milieux à répondre aux besoins ciblés.

2.2.1.1 Dépistage ciblé

Le dépistage ciblé via la plateforme numérique est l'un des moyens mis à la disposition des intervenants impliqués dans l'analyse des demandes pour faciliter la compréhension des besoins et l'orientation de l'enfant et de sa famille. **Toutefois, il n'est pas requis ou pertinent dans toutes les situations et ne doit pas être perçu comme un passage obligé ou comme un critère d'accès aux services.**

Le dépistage ciblé associé au programme Agir tôt s'adresse aux enfants pour qui :

- des préoccupations concernant le développement sont nommées par les parents ou d'autres référents;
- des jalons de développement ne sont pas atteints;
- des facteurs de risque significatifs ont été relevés.

Il vise à brosser un portrait global du développement de l'enfant et à préciser le risque qu'il présente un retard de développement ou un TND. Il implique l'utilisation d'outils de mesure standardisés ainsi que la prise en compte des autres informations disponibles dans le but de faciliter la compréhension des besoins et l'orientation vers les services appropriés. Puisqu'il n'est pas requis ou pertinent dans toutes les situations, c'est avant tout le jugement clinique de l'intervenant qui prévaut et des repères sont disponibles afin de guider l'intervenant dans sa prise de décision de recourir ou non à un dépistage (consulter les annexes 2 et 3).

Le processus de dépistage implique l'utilisation d'outils de mesure standardisés qui sont remplis par les parents ou les autres adultes significatifs par le biais de la plateforme. Des stratégies doivent être prévues par les établissements pour soutenir ceux qui pourraient en avoir besoin. Par exemple, solliciter les intervenants déjà impliqués auprès de la famille ou désigner une intervenante en soutien au dépistage dans la communauté. Plusieurs niveaux de soutien sont possibles :

- sur le plan linguistique, pour faciliter la communication avec les parents allophones ou ceux qui ont de faibles compétences en littératie;
- sur le plan psychosocial, pour favoriser la mobilisation de certains parents;
- sur le plan logistique, pour offrir un accès à un appareil pour remplir les questionnaires ou accompagner dans l'utilisation de la plateforme.

Six questionnaires de base ont été retenus aux fins de dépistage et sont hébergés sur la plateforme³⁴ :

- le Questionnaire sur les étapes du développement, 3^e édition (ASQ-3);
- le Questionnaire sur les étapes du développement : socio émotionnel, 2^e édition (ASQ:SE-2);
- les Inventaires MacArthur-Bates du développement de la communication (IMBDC);

³⁴ Consulter la liste complète des références concernant les auteurs des 6 questionnaires.

- le *Modified Checklist for Autism in Toddler Revised with Follow-up* (M-CHAT-R/F);
- le Questionnaire de communication sociale (SCQ);
- le HIBOU.

La plateforme numérique ayant un potentiel évolutif, les questionnaires présents tiennent compte de l'évolution des besoins et sont mis à jour ou bonifiés, lorsque requis. Une fois les questionnaires remplis et les résultats compilés, une appréciation de l'ensemble des informations recueillies est réalisée par un professionnel désigné comme responsable clinique dans l'équipe Agir tôt. C'est le jugement clinique de ce dernier qui permet de déterminer le niveau d'informations et les démarches complémentaires requises, dans le respect du mandat qui lui est octroyé.

Un rapport du profil de développement de l'enfant est rédigé à la suite du dépistage pour faire état des résultats des questionnaires et de leur appréciation en lien avec les autres informations disponibles. Ce rapport soutient l'orientation de l'enfant vers les bons services répondant aux besoins de l'enfant et de sa famille. Un formulaire harmonisé pour l'ensemble des établissements a été conçu pour permettre une rédaction rapide et rigoureuse des éléments essentiels qui doivent être communiqués aux parents, au médecin traitant, le cas échéant, et aux responsables de l'accès des services vers lesquels l'enfant est orienté après le dépistage.

2.2.2 Intervention brève et soutien ponctuel

Si cela est jugé pertinent, des interventions brèves peuvent être offertes aux parents par les intervenants impliqués au mécanisme d'accès, **lorsqu'un besoin immédiat est présent et que les difficultés vécues sont susceptibles de se résoudre spontanément ou avec une guidance minimale** (fermeture anticipée de la demande à la suite de cette intervention). Voici des exemples d'interventions brèves qui peuvent être offertes : soutien-conseil, enseignement/éducation, accompagnement, surveillance active, etc. Ces services peuvent également être offerts par les équipes d'intervention en cours de suivi pour considérer un nouveau besoin « ponctuel » et peuvent être disponibles dans la communauté³⁵.

La surveillance active est un exemple d'intervention brève qui consiste en un processus personnalisé, actif et continu d'appréciation du développement et du fonctionnement de l'enfant s'échelonnant sur une période brève. Elle s'adresse principalement aux enfants pour lesquels des difficultés développementales sont soupçonnées ou qui présentent des difficultés développementales légères, pouvant se résoudre spontanément ou avec une guidance minimale. La surveillance active réalisée par l'intervenant implique de discuter avec les parents, les adultes significatifs (ex. : éducateur en SGEE) ou autre intervenant interne (ex. : intervenant SIPPE) des difficultés rencontrées chez l'enfant et de leurs préoccupations, puis d'offrir des conseils et des stratégies de base ajustés aux besoins soulevés. Lors de la surveillance active, une personne-ressource est identifiée (au

³⁵ À la suite de l'intervention brève, l'enfant et sa famille peuvent être orientés vers un autre service si des besoins persistent.

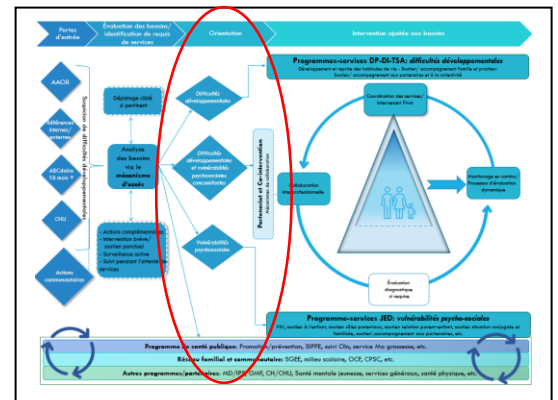
mécanisme d'accès ou intervenant assurant le suivi) afin d'assurer le suivi de l'évolution de l'enfant par des modalités ajustées à la situation³⁶.

Elle s'adresse principalement aux enfants :

- pour lesquels un risque de difficultés développementales est présent;
- en bas âge qui sont à risque ou qui présentent des difficultés développementales;
- qui présentent une bonne évolution après une première intervention;
- pour lesquels un manque d'expérimentation pourrait expliquer les difficultés rencontrées.

2.2.3 Orientation vers les services

À la suite de l'analyse des besoins et de l'ensemble des informations disponibles, **l'orientation de l'enfant et sa famille se fait vers le (ou les) service le plus ajusté, pertinent et susceptible de répondre efficacement aux besoins ciblés.** Cette orientation se fait selon les rôles et responsabilités des programmes-services et partenaires impliqués (consulter la section 1.3), comme illustré à la figure 2.



La mise en place d'une offre de services en soutien au développement organisée autour de besoins communs (ex. : intégration scolaire, communication, alimentation) et graduée selon un modèle de soutien par paliers multiples peut faciliter l'orientation de l'enfant vers un service ajusté (consulter la section 2.3.3). Dans un souci d'utilisation efficiente des ressources et afin de ne pas surcharger les familles, il est souhaitable d'éviter un parcours de services unique et linéaire ou d'offrir un service « en attendant » s'il n'a pas de véritable plus-value clinique pour l'enfant et sa famille.

Il importe de se rappeler que l'analyse des besoins et de la situation familiale sera approfondie et révisée en continu à travers les services offerts grâce au monitoring de la réponse à l'intervention. Cela constitue un changement de paradigme important dans les pratiques cliniques afin de soutenir un accès plus précoce à l'intervention et au soutien à la famille.

L'intervenant qui analyse les besoins et détermine les services requis jouit de toute l'autonomie nécessaire pour remplir sa mission. Il est nécessaire que celui-ci ait une bonne connaissance des meilleures pratiques et de l'offre de services en place dans son établissement, du côté des partenaires externes et dans le réseau local de services. L'orientation se réalise à travers un processus de décision partagé avec les parents, en tenant compte de leurs valeurs, préférences et capacité à s'engager afin qu'ils soient au cœur des choix et des décisions les concernant, eux et leur enfant.

³⁶ Adapté de Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services, MSSS [2019]. p. 42 <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-914-02W.pdf>.

Afin d'outiller et de guider les parents dès ce début de processus, l'intervenant peut également les orienter et leur suggérer différentes ressources pertinentes et spécifiques en lien avec leurs préoccupations et besoins (ex. : site Web, capsule vidéo ou ressource communautaire).

2.2.4 Suivi durant l'attente d'un service

Afin d'assurer une continuité et une vigie, **des coordonnées de référence doivent être transmises à la famille dans l'attente d'un service**. Les délais d'attente peuvent avoir un impact important sur le vécu des parents à partir du moment où une préoccupation concernant le développement de leur enfant est soulevée. Les délais avant d'avoir accès à des services d'intervention appropriés peuvent également induire d'autres enjeux, tels que l'exacerbation des comportements problématiques chez l'enfant. En fonction des facteurs de risque et de protection et selon le jugement clinique de l'intervenant, une réévaluation de l'évolution des besoins et du requis de services peut être réalisée et des mesures supplémentaires ou d'appoint peuvent être prévues afin de stabiliser ou prévenir une détérioration de la situation (ex. : risque d'expulsion du milieu de garde en lien avec les problèmes de comportement de l'enfant).

2.3 Intervention

Le volet de l'intervention **s'appuie en grande partie sur la gamme de services en DP-DI-TSA** à laquelle s'intègre et s'imbrique un **modèle de prestation de soutien à paliers multiples** afin d'en faciliter l'implantation dans le contexte de la petite enfance, tel qu'illustré à la figure 3.

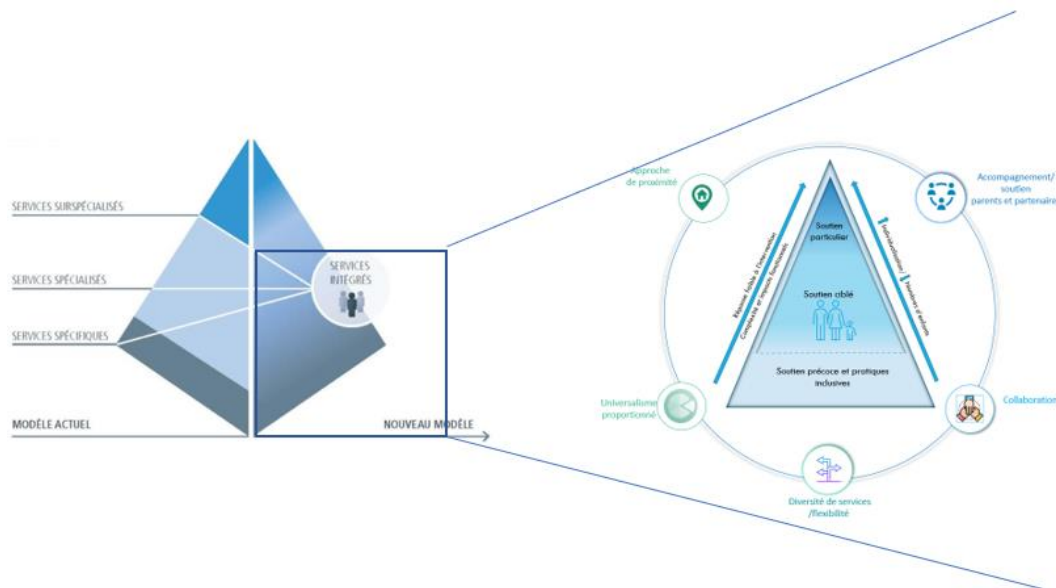


Figure 3 : Le lien entre la gamme de services en DP-DI-TSA et le modèle de soutien en paliers multiples pour Agir tôt

2.3.1 Intégration et hiérarchisation des services

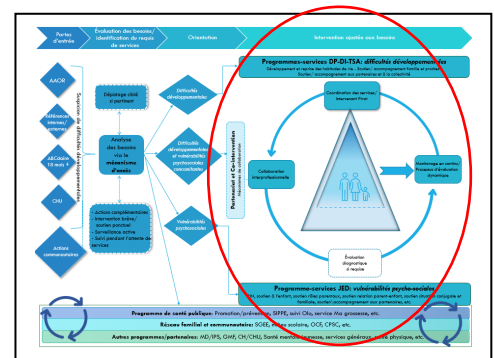
Grâce à la révision des rôles et responsabilités des programmes-services entre JED et DP-DI-TSA et la hiérarchisation des services associée à la gamme de services, les CISSS et CIUSSS **revoient et intègrent leurs services et rééquilibrent leurs ressources afin de renforcer, de consolider et de diversifier les services spécifiques nécessaires à une offre de service de qualité offerte en proximité.** Ainsi, la redondance des services est évitée et les CISSS et CIUSSS disposent d'une capacité supplémentaire pour offrir le bon service, au bon moment et avec l'expertise requise.

Les services spécifiques de proximité permettent de répondre à la majorité des besoins des enfants et des familles. Au besoin et dans une faible proportion, des services spécialisés viennent s'ajouter aux services spécifiques en place lorsque l'évolution est lente et difficilement prévisible, en présence de facteurs de complexité clinique ou lors d'une impasse clinique. De plus, en fonction de la complexité de la situation et en présence d'une condition médicale sous-jacente, le recours à l'expertise de partenaires, notamment des CH et CHU et de la santé mentale, peut être sollicité. **Des mécanismes de collaboration entre les partenaires sont mis en place et révisés pour assurer la fluidité des services et limiter les impacts des changements auprès des familles.**

2.3.2 Offre de services

L'offre de services d'intervention associée au programme Agir tôt est composée de:

- **services de développement de l'enfant**, par exemple :
 - contribuer au développement optimal de l'enfant dans toutes les sphères de sa vie
 - développer son autonomie fonctionnelle et ses habiletés sociales
 - assister l'enfant dans l'intégration dans ses milieux de vie (au domicile, au service de garde, à l'école [ordinaire ou spécialisée])



Il importe de rappeler que bien que les services puissent viser le développement de l'enfant, ils **doivent engendrer, comme finalité, des améliorations dans la réalisation de ses habitudes de vie et de sa participation sociale, et ce, dans ses divers milieux de vie.**

- **services de soutien aux partenaires et à la collectivité**, par exemple:
 - services de soutien-conseil et de sensibilisation-formation
 - services de consultation ponctuelle et de transfert d'expertise auprès des organisations ou des intervenants
 - soutien à la mobilisation des partenaires vers la création de facilitateurs ou l'élimination d'obstacles en vue de faciliter la participation sociale des enfants

- **services de soutien et accompagnement à la famille et aux proches**, par exemple:
 - services de soutien psychosocial
 - services de répit
 - services de gardiennage

- **services de soutien à l'enfant et à la famille en situation de vulnérabilité psycho-sociale** (ex. : soutien psychosocial, soutien aux rôles parentaux, relation parent-enfant, etc.)

Les services requis sont ajustés et personnalisés en fonction des besoins présents et peuvent impliquer un **partenariat** et une **co-intervention entre les intervenants des programmes-services en DP-DI-TSA et JED** selon la situation et l'expertise nécessaire (ex. : en présence de difficultés développementales chez l'enfant et d'un contexte de vulnérabilité psycho-sociale familiale concomitants). L'ensemble des services **sont offerts en concertation et en complémentarité avec les services des partenaires** internes et externes (ex. : partenaires communautaires, milieu scolaire, santé publique, équipes médicales, CHU, etc., tels qu'illustrés à la figure 2).

2.3.3 Modèle de soutien par paliers multiples

L'offre de services en soutien au développement et à la participation sociale des enfants et en soutien aux partenaires est mise en œuvre selon un modèle par paliers multiples. Ce modèle permet de guider les ÉSSS dans la prestation d'une offre de services de proximité diversifiée et graduée pouvant répondre plus précocement aux besoins des enfants³⁷ et faciliter l'accès aux services. Un modèle de prestation de services par paliers **mise sur l'accompagnement des parents et des partenaires, implique de privilégier les interventions les moins intrusives possibles pouvant répondre aux besoins du plus grand nombre d'enfants, graduer l'intensité du soutien en fonction des besoins et de la situation de l'enfant et de sa famille et s'ajuster en continu en fonction de la réponse à l'intervention de l'enfant.**

Les éléments clés transversaux à l'offre de services et les trois paliers de soutien sont présentés à la figure 4, soit :

1. **soutien précoce et pratiques inclusives;**
2. **soutien ciblé;**

³⁷ Ebbels, S. H., McCartney, E., Slonims, V., Dockrell, J. E., & Norbury, C. F. (2019). Evidence-based pathways to intervention for children with language disorders. *International journal of language & communication disorders*, 54(1), 3–19; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2017). *Organisation du continuum et de la dispensation des services aux enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage (trouble primaire du langage)*, [En ligne], 107 p.; Missiuna, C. A., Pollock, N. A., Levac, D. E., Campbell, W. N., Whalen, S. D. S., Bennett, S. M... & Russell, D. J. (2012); Lord, C., Charman, T., Havdahl, A., Carbone, P., Anagnostou, E., Boyd, B., ... & McCauley, J. B. (2022). The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *The Lancet*, 399 (10,321), 271–334; Pratte, G., Trottier, N., Couture, M., Beaudoin, A. J., & Camden, C. (2024). Proposed framework and knowledge synthesis of services delivered by specialized professionals in childcare settings: A scoping review. *Child: Care, Health and Development*, 50(4), e13282. <https://doi.org/10.1111/cch.13282>.

3. soutien particulier ³⁸.

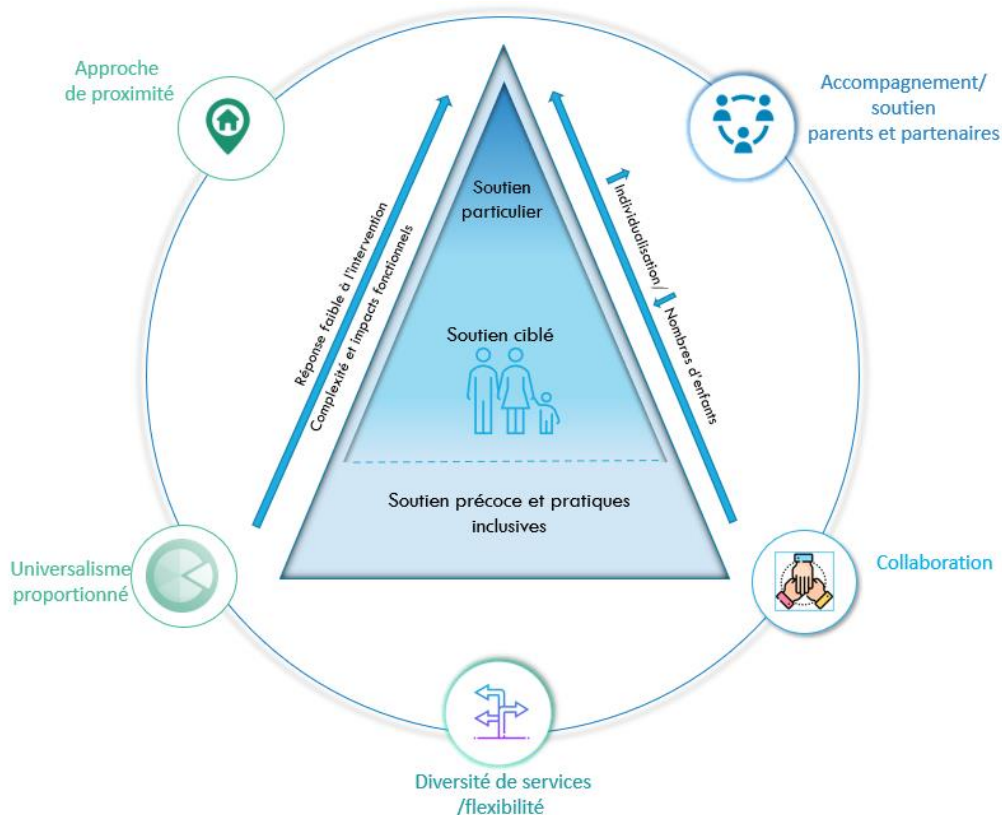


Figure 4 : Modèle de soutien par paliers multiples

Ce modèle guide les pratiques cliniques des intervenants dans l'ensemble des mandats et contextes de pratique, que ce soit pour répondre aux besoins d'un enfant orienté vers un service de l'établissement par le mécanisme d'accès ou dans le cadre d'un service d'accompagnement auprès d'un partenaire communautaire (OCF, SGÉE) visant à soutenir plus largement le développement et la participation des enfants d'un milieu (consulter la section 2.1.4).

Son implantation implique un **changement de pratique visant à :**

1. **miser d'abord et avant tout à mettre en place des pratiques éducatives et inclusives de qualité pour tous.** Cela implique d'accompagner les parents et les partenaires dans la mise en place de stratégies et d'aménagements pouvant répondre aux besoins des enfants qui présentent, ou sont à risque de présenter, des difficultés de développement et des besoins de soutien particulier, tout en étant également bénéfiques et applicables pour l'ensemble des enfants. De cette façon, la stimulation du développement, de la participation et l'inclusion de l'ensemble des enfants sont optimisées. Le besoin d'individualisation et d'adaptation au cas par cas en fonction du

³⁸ Ceci correspond au niveau spécialisé du rapport de l'INESSS (2017), mais est centré sur les besoins spécifiques et particuliers de l'enfant et de sa famille. Il ne veut pas dire la modalité individuelle.

profil particulier d'un enfant est diminué grâce à la recherche de solutions collectives, en amont, et applicables pour tous (Palier 1 : Soutien précoce et pratiques inclusives);

2. mettre en place des **adaptations et des stratégies ciblées** pour les enfants et les familles pour qui les actions du Palier 1 ne sont pas suffisantes pour réaliser les progrès souhaités (Palier 2 : Soutien ciblé);
3. **intervenir de manière plus spécifique** auprès d'un enfant et de sa famille, lorsque cela est requis, ou lorsque les interventions ciblées n'ont pas amené les progrès escomptés (Palier 3 : Soutien particulier).

Ces niveaux de soutien sont offerts en étroite collaboration interprofessionnelle par les équipes associées à Agir tôt et **se situent majoritairement au sein des services spécifiques** des CISSS et CIUSSS.

Pour une **faible proportion d'enfants**, en présence d'une **grande complexité clinique** et d'une **pauvre réponse à l'intervention**, une **expertise spécialisée pointue** peut venir s'ajouter et s'intégrer au soutien du palier 3. Ces services spécialisés, généralement offerts en interdisciplinarité, **se greffent aux services en place** afin de contribuer à **résoudre l'impasse clinique** rencontrée. Une diversité de modalités est utilisée pour y parvenir, par exemple : l'intervention conjointe, la consultation, le transfert d'expertise ou encore la formation.

Des niveaux de soutien différents peuvent être offerts simultanément et le cheminement clinique à travers les paliers de soutien n'est pas linéaire. Cela signifie qu'il n'est pas nécessaire de passer successivement par l'ensemble des paliers afin de bénéficier du soutien dont l'enfant et sa famille ont besoin. Des allers-retours sont possibles, et ce, selon le ou les besoins qui sont pris en considération et l'évolution. Les modalités d'intervention, aux différents paliers, s'appuient sur les données probantes et l'intensité de services s'ajuste aux besoins et au contexte.

Le tableau qui suit offre des précisions sur les principaux niveaux de soutien et l'annexe 4 présente des exemples qui illustrent l'application dans des contextes de pratique différents.

Tableau 1 : Niveaux de soutien du modèle par paliers multiples

	Palier 1 : Soutien précoce et pratiques inclusives	Palier 2 : Soutien ciblé	Palier 3 : Soutien particulier
Précisions sur le soutien	Le <u>soutien précoce et les pratiques inclusives</u> sont en trame de fond et nécessitent d'être renforcés dans tous les contextes cliniques en collaboration et en complémentarité avec les actions de promotion-prévention réalisées par la santé publique et les actions des partenaires.	Le soutien ciblé <u>s'ajoute au soutien du Palier 1</u> qui se poursuit.	Le soutien particulier <u>s'ajoute au soutien du Palier 1</u> qui se poursuit. Le soutien peut être offert directement (sans passer par les autres paliers) à la suite de l'évaluation des besoins de l'enfant et/ou de sa famille nécessitant un soutien plus ajusté et individualisé.
Clientèle cible	Tous les enfants d'un groupe ou d'un milieu dans lequel au moins un enfant présente ou est à risque de présenter des difficultés de développement. Par des actions auprès des familles ainsi que des partenaires et collectivités qui côtoient ou sont susceptibles de côtoyer des enfants présentant des défis de développement.	Les enfants qui présentent des indices de difficultés, des difficultés de développement pour lesquels le soutien du Palier 1 est insuffisant pour progresser et répondre à leurs besoins. Par des actions auprès de leur famille et les partenaires (en priorité) ainsi qu'auprès des enfants eux-mêmes.	Les enfants qui ne progressent pas ou pour lesquels les difficultés et les défis perdurent, que l'on observe peu ou pas de réponses positives aux interventions (considérant les besoins de l'enfant ou de la famille). Par des actions auprès de l'enfant et une poursuite des actions auprès de sa famille ainsi que des partenaires.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Informer, soutenir et accompagner les parents, partenaires et acteurs clés des milieux dans lesquels des difficultés de développement sont suspectées ou présentes chez un ou plusieurs enfants, afin d'optimiser la stimulation de leur développement et mettre en place des pratiques éducatives et inclusives de qualité pour tous; • Contribuer à créer des milieux de vie et des environnements favorables au développement, à la participation ainsi qu'à 	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir un soutien aligné sur les besoins de l'enfant et de sa famille; • Outiller et accompagner les parents, partenaires et acteurs clés dans la stimulation du développement et la mise en place de stratégies différenciées dans le quotidien; • Améliorer les capacités; • Prévenir l'aggravation des difficultés et limiter les incapacités le plus précocement possible; • Soutenir l'intégration et la participation dans les activités du quotidien dans 	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir un soutien spécifique et individualisé aux besoins de l'enfant et de sa famille, généralement intensifié afin d'évaluer et d'intervenir de façon dynamique; • Améliorer les capacités en intervenant de façon plus répétée ou fréquente et en ciblant davantage l'enfant; • Prévenir ou amenuiser l'aggravation des difficultés et limiter les incapacités le plus précocement possible; • Soutenir l'intégration et la participation dans les activités du quotidien et dans les différents milieux de vie;

	<p>l'inclusion des enfants qui présentent ou sont à risque de présenter des difficultés de développement et dont l'ensemble des enfants peut bénéficier³⁹;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier des enfants à risque de présenter des difficultés ou des retards le plus précocement possible et agir rapidement auprès d'eux. 	<p>les différents milieux de vie;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recueillir un premier niveau de réponse aux interventions afin de déterminer les besoins et ajuster les services; • Utiliser les modalités de groupe ou individuelles ajustées au contexte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuer au processus d'évaluation diagnostique si requis; • Utiliser les modalités individuelles ou de groupe ajustées au contexte.
Exemples d'actions	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers d'informations et accompagnement aux parents et partenaires sur les bonnes pratiques et les conditions propices au développement des capacités langagières et communicationnelles des enfants qui présentent ou sont à risque de présenter des difficultés de développement et qui peuvent bénéficier à l'ensemble des enfants (fratrie, groupe); • Transfert de connaissances et soutien-conseil auprès des acteurs d'une municipalité pour adapter un parc et une aire de jeu afin de favoriser l'accessibilité et la participation de tous les enfants peu importe leurs capacités. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actions de surveillance active, consultations et soutien-conseil dans une diversité de contextes et auprès d'acteurs variés; • Groupes d'intervention (soit parents, dyades parents-enfant, enfants, partenaires) ciblant un besoin commun idéalement dans les milieux de vie et les contextes naturels pour modéliser et soutenir l'utilisation de stratégies de stimulation du développement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions en contexte de groupe ou individuel ciblant un besoin précis ou des capacités idéalement dans les milieux de vie et les contextes naturels incluant une modélisation de stratégies spécifiques aux parents et aux partenaires. • Participation au PSI.
<p>* L'objectif du tableau est de guider les établissements dans la diversification de leurs offres de services et d'illustrer le changement de paradigme attendu dans les pratiques cliniques. L'idée n'est donc pas de viser une catégorisation rigide des modalités de soutien réalisées puisque les frontières entre les paliers sont perméables et des niveaux de soutien différents peuvent être offerts simultanément.</p>			

³⁹ Pour ce faire, s'appuyer entre autres sur le principe d'accessibilité et de conception universelle de l'apprentissage (CUA). *L'accessibilité universelle* vise l'aménagement d'un environnement physique et social dépourvu d'obstacles, permettant à tous les enfants, peu importe leurs capacités, d'évoluer librement, en sécurité et d'accéder aux mêmes opportunités que les autres enfants. Cette notion implique l'accessibilité à tout et pour tous. La *Conception Universelle de l'Apprentissage (CUA)* implique de créer des milieux d'apprentissage inclusifs de façon proactive et fournir des stratégies qui renforcent la participation de l'enfant et sa capacité à exprimer ses besoins pour apprendre (OOAQ, 2023; Darragh, 2007).

2.3.4 Approche d'accompagnement

Une approche d'accompagnement, auprès des parents et des partenaires clés autour des enfants, est privilégiée pour soutenir le développement de leur plein potentiel et leur participation sociale à tous les paliers de services. **Cet accompagnement vise à ce que les parents et les acteurs clés développent graduellement les connaissances et les habiletés pour renforcer leur capacité d'agir, développer des outils et des stratégies efficaces d'intervention et être de plus en plus autonomes pour soutenir le développement et la participation des enfants.** Lorsqu'un enseignement et une formation sont offerts aux parents et partenaires, il importe qu'ils s'incluent une pratique réflexive et comportent une rétroaction afin d'amener des retombées significatives pour le développement des enfants.

Le « coaching » est une approche qui peut contribuer à soutenir la capacité des adultes significatifs à résoudre des problèmes et à généraliser les stratégies à d'autres situations du quotidien⁴⁰. Cette approche gagne à être utilisée, tant pour améliorer la satisfaction des parents que pour susciter leur participation afin d'assurer le plein développement des enfants. **Le coaching permet de développer les capacités de réflexion et de résolution de problèmes chez l'adulte afin que ce dernier soit mieux outillé pour aborder les obstacles actuels et assurer sa participation au processus de soutien de son enfant.** Une attention particulière doit être accordée à outiller les parents en évitant de les surcharger⁴¹, à assurer l'accès à un soutien psychosocial ajusté à leurs besoins et prévenir l'épuisement.

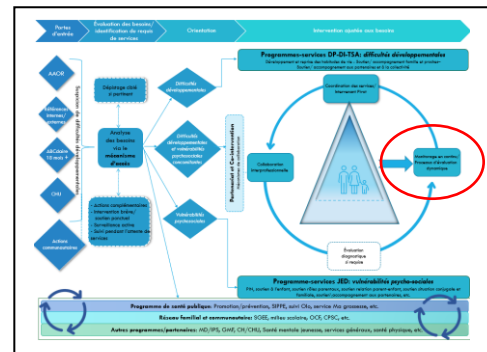
Les intervenants des ÉSSS sont appelés à développer leurs compétences collaboratives pour assurer le rôle de facilitateur et favoriser l'exploration de stratégies, par les parents et partenaires, en s'adaptant à leurs besoins, leurs connaissances et leurs capacités. Plutôt que d'être responsables de fournir les stratégies, ils sont appelés à les accompagner dans la recherche de solutions et la mise en place de changements en prenant en considération leur réalité de manière globale (ex. : fratrie, dynamique familiale, de groupe).

⁴⁰ King, G., Graham, F., & Ahkbari Ziegler, S. (2023). Comparing three coaching approaches in pediatric rehabilitation: contexts, outcomes, and mechanisms. *Disability and Rehabilitation*, 46(12), 2708–2719 & Gagnon, M., Couture, M., Hui, C., Obradovic, N., Camden, C., Lemay, L., & Jasmin, E. (2024). Occupational performance coaching for significant adults of preschoolers: Multiple case studies. *Early Childhood Education Journal*, 52(2), 233–241.

⁴¹ Grandisson, M., Martin-Roy, S., Marcotte, J., Milot, É., Girard, R., Jasmin, E. et autres & Bergeron, J. (2023). Building families' capacities: Community forums with parents and occupational therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 90(2), 197-207.

2.3.5 Processus d'évaluation dynamique

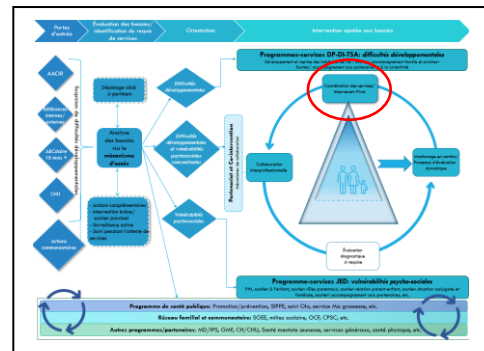
Le monitoring en continu et la mise en place d'un processus d'évaluation dynamique sont centraux au modèle de soutien par paliers. Cela permet d'ajuster rapidement les services selon la **réponse de l'enfant à l'intervention** et d'évaluer le potentiel d'apprentissage de l'enfant plutôt que d'évaluer un niveau de performance statique. **L'analyse des besoins de l'enfant, de son contexte et des conditions de soutien à mettre en place est approfondie et se précise en continu tout au long des interventions.** Cela permet d'optimiser le temps dédié à l'intervention et de demeurer centré sur la réponse aux besoins actuels de l'enfant et de sa famille plutôt que de consacrer plusieurs rencontres à évaluer l'enfant de manière exhaustive avant d'intervenir. Ainsi, en documentant la progression de manière continue et la réponse aux besoins par le biais de différentes modalités⁴², en lien avec un objectif donné, les intervenants peuvent effectuer un suivi sur l'efficacité de leurs interventions et l'adapter en collaboration avec la famille et les acteurs clés.



La révision des besoins prioritaires, des objectifs et l'ajustement du plan d'intervention initial suivent alors un processus dynamique dans le temps. C'est une responsabilité partagée par l'ensemble des intervenants qui offrent les services, et ce, en partenariat avec la famille.

2.4 Continuité des services

Les mécanismes de coordination et de concertation à tous les niveaux (interprofessionnel, interprogramme et intersectoriel) assurent que les différents services s'intègrent avec fluidité. Ces derniers facilitent le cheminement des enfants et de leur famille et évitent de créer des barrières et des bris de continuité dans les services offerts. Il importe de mettre en place une coordination de l'accès et des trajectoires de services afin de soutenir, intégrer les actions de chacun des acteurs associés à l'offre de services et assurer la continuité informationnelle et relationnelle. La coordination des services s'avère aussi primordiale pour assurer des transitions harmonieuses, dont l'entrée à l'école et lors d'un transfert vers une autre équipe après l'âge de 7 ans si les besoins le requièrent.



⁴² Cunningham, B. J., & Rosenbaum, P. L. (2014). Measure of processes of care: a review of 20 years of research. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 56(5), 445–452 & Gan, C., Chernodon, K., & Wright, F. V. (2024). Development and evaluation of the Family Needs Questionnaire for Pediatric Rehabilitation. *Child: Care, Health and Development*, 50(1).

2.4.1 Transition à l'école

L'entrée à l'école constitue une **période charnière pour les enfants** durant laquelle une **collaboration étroite entre la famille, la communauté, le réseau de la santé et des services sociaux, des SGEE et de l'éducation est nécessaire** pour assurer une **transition harmonieuse. Les besoins des enfants et ceux de leurs familles doivent demeurer au centre des préoccupations et des décisions.**

Il importe de rappeler la **responsabilité partagée** entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation afin de déployer **ensemble** les moyens pour répondre adéquatement à ces besoins, dans le respect de leur **mission respective**. La mise en place **d'ententes** et de **trajectoires de services intégrés** permet de planifier et de coordonner les actions des deux réseaux, avec celles de leurs partenaires, afin de répondre de manière **cohérente** et **concertée** aux besoins des enfants qui présentent des vulnérabilités dans leur développement et un besoin de soutien particulier^{43 44} et ceux de leurs familles. Dans le cadre du programme Agir tôt, les objectifs visés sont 1) d'assurer, en priorité, la continuité de services requise aux enfants déjà « connus et suivis » afin de soutenir leur transition vers la maternelle et le premier cycle du primaire et 2) d'éviter que des enfants se retrouvent sans réponse adéquate à leurs besoins durant cette période lorsque leurs difficultés n'ont pas été détectées avant l'entrée à l'école. Le modèle de soutien par paliers multiples, connu du milieu de l'éducation, peut servir de référentiel commun afin de faciliter le partage des rôles et responsabilités et des zones de collaboration entre les deux réseaux, en fonction des besoins de l'enfant, du niveau d'expertise et de soutien requis. D'autres éléments apparaissent incontournables à considérer dans ce partage, notamment :

- la continuité et la complémentarité des services en considérant les offres de services dans les deux réseaux;
- la pertinence clinique et l'utilisation judicieuse des ressources dans les actions à réaliser par l'un et/ou l'autre des réseaux dans le parcours de l'enfant et sa famille (i.e qui est le mieux « placé » pour offrir les services en fonction des besoins présents, du contexte et des impacts des difficultés?);
- l'importance de privilégier les opportunités et les contextes naturels d'apprentissage offerts par le milieu scolaire comme milieu de vie ainsi que de soutenir les acteurs qui y œuvrent;
- l'importance de favoriser l'engagement parental et d'offrir un accompagnement ajusté aux besoins et à la situation de la famille.

2.4.2 Intervenant pivot

Le rôle de l'intervenant pivot est primordial pour assurer la cohérence et la continuité entre les services offerts aux enfants et leur famille au cours de leur cheminement. Il faut éviter de faire porter cette lourde responsabilité à la famille. **L'intervenant pivot est la**

⁴³https://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/GuideSoutienPremiereTransScolQualite.pdf

⁴⁴ [Liste complète des publications | Ministère de l'Éducation \(gouv.qc.ca\)](#)

personne responsable de la coordination des différentes actions favorisant la fluidité et la continuité du parcours de soins et de services⁴⁵. Ses tâches sont :

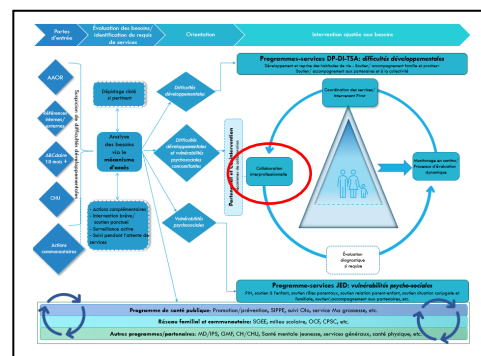
- accompagner l'enfant et sa famille dans le parcours de soins et services, assurer une continuité relationnelle, et être la personne de référence;
- permettre de naviguer plus aisément dans le système, de connaître et d'accéder aux différents services auxquels ils sont admissibles;
- coordonner les services visant ainsi à soutenir une collaboration transversale et une cohérence entre les différents intervenants et les partenaires tout en évitant la redondance de certaines informations, évaluations, interventions ou bris de services;
- assurer de réviser régulièrement les services offerts selon l'évolution des besoins et priorités des enfants et parents en collaboration avec le spécialiste en activité clinique ou le coordonnateur professionnel (ex. : poursuite des services, révision du PI, PII ou PSI, réorientation, évaluation diagnostique et fermeture).

Les différentes modalités de mise en œuvre du rôle de liaison, dans le cadre du programme Agir tôt, sont les suivantes :

- l'intervenant qui assurera le rôle de pivot est désigné selon la pertinence clinique, la situation de chaque famille et est reconnu par les partenaires;
- il s'agit d'une responsabilité assumée de façon parallèle aux fonctions cliniques de l'intervenant;
- lorsqu'un changement d'intervenant qui assure le rôle de pivot survient, un transfert personnalisé doit être assuré auprès de celui qui prendra le relais. Dans le cas où il y a un délai entre les deux services, une personne doit être identifiée pour assurer une continuité durant le délai (ex. : spécialiste en activité clinique ou coordonnateur professionnel ou un autre professionnel désigné selon l'organisation des services de l'établissement).

2.4.3 Collaboration interprofessionnelle

Une **culture de collaboration** entre les intervenants⁴⁶ est un élément clé pour assurer une réponse optimale et précoce à la variété des besoins des enfants et familles servis dans le cadre du programme Agir tôt. La collaboration interprofessionnelle permet de développer une connaissance mutuelle des rôles de chacun, la mise en commun des savoirs et des expertises



ainsi qu'une plus grande continuité et efficacité dans les services. Cela exige que tous travaillent de manière concertée, dans une perspective de soutien, de complémentarité et

⁴⁵ Une formation sur l'intervenant pivot en DP-DI-TSA est disponible sur l'environnement numérique d'apprentissage provincial (ENA).

⁴⁶ Qu'ils soient membres d'un ordre professionnel ou non. Consulter aussi : Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2005). *Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie : lignes directrices*, [En ligne], 36 p.; Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec. (2020). *Lignes directrices sur l'encadrement des éducateurs et autres intervenants en langage auprès des enfants*, 20 p.

de transfert d'expertise à toutes les étapes du parcours de l'enfant et de sa famille ainsi qu'auprès des partenaires et des communautés.

La mise en place de mesures de **soutien clinique et de développement des compétences** pour l'ensemble des intervenants contribue à l'amélioration de la qualité des soins et services offerts et soutient la diminution des délais d'accès, notamment en permettant la mise à jour des connaissances ainsi que **l'implantation des meilleures pratiques cliniques** et la **gestion humaine du changement**.

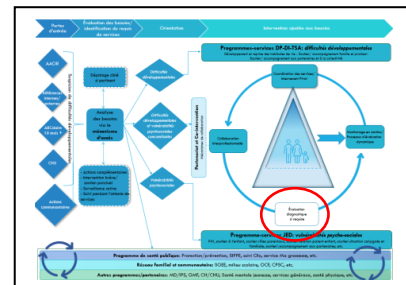
Le **continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle**⁴⁷ contribue à guider les intervenantes dans le choix du type de pratique à privilégier pour répondre de façon optimale aux besoins de l'enfant et de sa famille. Les intervenants, en étroite collaboration avec les parents, déterminent les actions à poser en fonction de la complexité des besoins de l'enfant et ceux de la famille ainsi que de la nécessité de combiner plusieurs types de savoirs disciplinaires.

Compte tenu de la prévalence élevée des comorbidités dans les retards et troubles de développement, la capacité à travailler en collaboration, à élaborer et à mettre en œuvre un plan d'intervention intégré (PII), lorsque cela est nécessaire, assure le succès d'une intervention précoce. Le PII est réalisé, évidemment, en co-construction avec les parents et les partenaires hors établissements (peut évoluer vers un PSI). À titre d'exemple, un enfant avec des besoins en matière de langage et de la communication qui présente à la fois des enjeux de disponibilité et d'autorégulation qui interfèrent avec ses apprentissages et sa progression pourrait bénéficier de la présence ponctuelle d'un autre intervenant en consultation avec la famille ou en co-intervention avec l'intervenant principal plutôt que d'ajouter un service en attente.

2.5 Évaluation diagnostique

Le programme Agir tôt prône l'accès à des interventions précoces et adaptées afin de répondre aux besoins développementaux des enfants de 0 à 7 ans, et ce, sans attendre qu'une évaluation diagnostique soit réalisée ou qu'un diagnostic soit requis.

Il s'avère parfois nécessaire qu'une évaluation diagnostique soit réalisée afin de mieux comprendre les besoins de l'enfant et d'adapter davantage les services qui lui sont offerts. **L'évaluation diagnostique est réalisée en temps opportun, lorsque les données cliniques sont en quantité suffisante pour émettre un diagnostic avec le plus d'exactitude possible. Cette évaluation se poursuit en parallèle des services d'intervention et est offerte en proximité.**



⁴⁷ Careau, E., et coll. (2018). *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux : guide explicatif* (2^e éd.), RCPI, 23 p.

Afin d'harmoniser les pratiques en évaluation diagnostique dans l'ensemble de la province, le MSSS a élaboré des orientations en évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux (TND). Ces orientations sont présentées en détail dans un [guide de référence à l'intention des établissements](#). Ce cadre de référence soutient notamment que l'évaluation diagnostique des TND doit être réalisée au moment opportun, lorsqu'elle a une utilité clinique. Ainsi, l'évaluation diagnostique peut être indiquée dans le cas où :

- l'enfant démontre une réponse limitée à l'intervention qui lui est offerte et que ses difficultés persistent malgré le soutien offert;
- l'apparition de nouveaux signes ou symptômes est observée lors de l'intervention;
- Une hypothèse que les difficultés vécues par l'enfant sont expliquées par un TND est formulée;
- l'enfant présente une problématique développementale complexe et/ou atypique;
- la famille manifeste un besoin de mieux comprendre le fonctionnement de son enfant pour lui permettre de mieux s'adapter à ses besoins et il y a pertinence clinique de procéder;
- les intervenants impliqués auprès de l'enfant ont besoin de mieux comprendre le profil de l'enfant afin d'ajuster davantage l'intervention.

Par ailleurs, l'évaluation diagnostique se doit d'être réalisée en cohérence avec les principes directeurs associés au programme Agir tôt et à la gamme de services en DP-DI-TSA.

3. Outils et ressources

Le déploiement du programme Agir tôt s'accompagne d'un ensemble de ressources et d'outils à l'intention des parents, des intervenants du RSSS et des partenaires intersectoriels. Les objectifs de ces outils sont divers, allant de la sensibilisation, l'information, la formation et le soutien dans l'implantation et l'accès au programme. Ces outils et informations sont consignés sur les pages web Agir tôt ([parents](#) et [professionnels](#)) afin d'en assurer la mise à jour.

4. Conclusion

La mise en œuvre du programme Agir tôt vise à améliorer l'accès et la continuité aux services pour les enfants de 0 à 7 ans à risque ou qui présentent des difficultés de développement et leurs familles. Le but est de favoriser leur développement optimal, leur participation sociale ainsi que leur transition à l'école. Ce programme rappelle la responsabilité collective de tous les acteurs à contribuer au développement du plein potentiel, à l'inclusion et au bien-être des enfants et à mieux soutenir et accompagner leurs familles.

Ce cadre de référence a comme objectif, avant tout, de permettre une compréhension commune des orientations ainsi que de l'organisation des services pour l'ensemble des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux impliqués auprès des enfants âgés de 0 à 7 ans à risque ou qui présentent des difficultés de développement. En exposant les principes directeurs qui doivent orienter nos efforts collectifs dans l'avenir, il interpelle chacun des établissements à développer une offre de services intégrée, cohérente et

innovante et à rendre des services de proximité plus accessibles à sa population. Le programme Agir tôt propose une vision renouvelée de l'offre de services intégrée à l'enfance. Il s'agit là d'une occasion offerte à tous pour se mobiliser, agir ensemble et autrement afin de mieux soutenir le développement et l'inclusion de tous les enfants au Québec.

Annexe 1 : Le rôle des CHU

Cette fiche vise à ajouter des précisions aux informations contenues dans le cadre de référence afin de bien comprendre le rôle complémentaire joué par les CHU dans la trajectoire de soins du Programme Agir tôt. Au Québec, les services pédiatriques surspécialisés sont organisés autour de quatre grands centres universitaires : le Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine, le Centre universitaire de santé McGill – Hôpital de Montréal pour enfants, le CHU de Québec – Université Laval et le CISSS de l’Estrie-CHU de Sherbrooke (CHUS). Ainsi, chaque CHU joue un rôle de centre de référence dans le cadre de l’offre de services de soins surspécialisés pour la clientèle pédiatrique de son bassin de desserte territoriale. Ces établissements sont organisés selon les territoires des réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS), à l’exception du CIUSSS de l’Estrie-CHUS qui est couvert par deux RUISSS (CHUS et McGill).

Clientèle suivie en CHU, mais ne bénéficiant pas nécessairement de services de proximité : certains enfants ne sont pas nécessairement connus des CISSS et CIUSSS, mais bénéficient en bas âge ou dès la naissance, des services des CHU en raison de leurs conditions médicales particulières et complexes qui nécessitent des visites régulières au CHU. Un suivi prospectif est souvent offert à ces jeunes enfants à haut risque de TND afin d’assurer leur surveillance et leur suivi développemental entre 0 et 5 ans :

- grands prématurés (moins de 32 semaines) et enfants prématurés de moins de 37 semaines avec retard de croissance intra-utérin ou petit poids pour l’âge gestationnel
- encéphalopathie supposée hypoxo ischémique ayant une indication d’hypothermie thérapeutique
- AVC artériel périnatal entre la 20^e semaine de vie fœtale et le 28^e jour de vie
- anomalie de la croissance cérébrale,
- cardiopathies congénitales complexes opérées
- enfants avec syndrome, maladie génétique ou dégénérative à la source de difficultés développementales et qui nécessitent des suivis fréquents en CHU (ex. : épilepsie réfractaire 0-5 ans, syndrome génétique sévère, neurofibromatose, sclérose tubéreuse de Bourneville, etc.)
- enfants ayant des conditions médicales particulières et complexes pour lesquelles il a été documenté dans la littérature scientifique qu’il existait un facteur de haut risque de trouble du neurodéveloppement (TND).

Clientèle connue et suivie dans les services de proximité :

- clientèle connue en déficience physique (incluant les retards moteurs), déficience intellectuelle et trouble du spectre de l’autisme;
- clientèle avec suspicion de TND : se référer aux *Orientations en évaluation diagnostique des TND*.

Annexe 2 : La portée du dépistage

Le tableau suivant permet de préciser la portée du dépistage.

Tableau 2 : La portée du dépistage

Ce que le dépistage permet :	Ce que le dépistage ne permet pas :
<ul style="list-style-type: none">• Analyser le risque que l'enfant présente ou non des difficultés ou des retards de développement et déterminer le ou les domaines de développement touchés;• Orienter l'enfant vers des services d'intervention précoce adaptés à ses besoins;• Diriger rapidement l'enfant vers une consultation médicale ou une évaluation plus poussée lorsque certains signaux d'alarme sont rapportés;• Reconnaître les parents comme des experts du vécu avec leur enfant;• Engager le dialogue avec les parents sur le développement de leur enfant;• Soutenir la capacité des parents à observer leur enfant en lien avec les compétences attendues à son âge.	<ul style="list-style-type: none">• Poser un diagnostic ou une hypothèse diagnostique;• Conclure à la présence ou non de retards ou de difficultés;• Déterminer la sévérité ou la persistance d'une difficulté;• Comprendre les causes d'un comportement.

Annexe 3 : Repères pour orienter vers le dépistage ou les services

Le dépistage est un moyen pouvant soutenir l'analyse des besoins de l'enfant et de sa famille, mais il n'est pas requis ou pertinent dans toutes les situations. L'analyse de la part d'un intervenant au mécanisme d'accès ou d'une responsable clinique permet de déterminer si le dépistage est nécessaire ou non à l'orientation de l'enfant vers le bon service. En fonction des besoins et priorités de la famille, de l'information fournie par le référent et de l'information déjà présente au dossier de l'enfant, le dépistage peut également être fait partiellement. Pour les enfants pour qui le dépistage Agir tôt est partiel et complémentaire à des évaluations antérieures, les questionnaires seront sélectionnés en fonction de l'information déjà disponible.

Dans le contexte où différentes actions visant à soutenir la détection précoce des vulnérabilités développementales sont réalisées (ex. : surveillance systématique lors de la vaccination à 18 mois et le dossier éducatif de l'enfant, maintenant obligatoire pour tous les services de garde éducatifs à l'enfance [SGÉE]), il s'avère encore plus important de tenir compte des informations disponibles à l'étape de l'analyse des besoins et de la décision d'orienter vers le dépistage ou un autre service.

Dans tous les cas, les besoins et priorités des parents sont des incontournables, tout comme la collaboration avec les partenaires gravitant autour de l'enfant et de sa famille dès le début du processus. Cela permet d'assurer la continuité et la fluidité dans le parcours de soins et de services, d'éviter le dédoublement des actions et de donner accès aux bons services, le plus rapidement possible à l'enfant et à sa famille.

La pertinence de diriger un enfant vers le dépistage complet ou partiel Agir tôt doit donc être déterminée en fonction :

- *des besoins prioritaires et du requis de services de l'enfant et de sa famille;*
- *des informations disponibles sur l'enfant et de sa famille (ex. : rapports, notes évolutives, dépistage antérieur, âge de l'enfant, etc.)*
- *des services dont il bénéficie déjà;*
- *de l'avis clinique des intervenants déjà impliqués auprès de la famille, s'il y a lieu;*
- *des défis fonctionnels vécus par l'enfant;*
- *du jugement clinique de l'intervenant qui analyse la référence.*

Les outils de dépistage ainsi que le processus habituel de dépistage réalisé via la plateforme numérique pourraient ne pas être adaptés à la réalité de certaines familles en situation de vulnérabilité ou d'une culture différente, par exemple les enfants issus des Premières Nations et les Inuit, les enfants issus d'une immigration récente, etc. Un intervenant responsable du dépistage pourra analyser la situation et déterminer les adaptations nécessaires.

Les repères qui suivent visent à guider les intervenants dans leur prise de décision de recourir ou non au dépistage. Ils doivent être utilisés comme un outil d'aide à la décision et non de manière prescriptive. Ils ne peuvent en aucun cas se substituer au jugement clinique de l'intervenant qui analyse la situation de l'enfant et de sa famille dans sa globalité. Ils doivent tenir compte de l'ensemble des informations pertinentes et

disponibles (ex. : présence de facteurs de protection comme la fréquentation d'un service de garde de qualité). La décision de recourir au dépistage ou d'orienter l'enfant directement vers un service doit être guidée par la pertinence clinique et non des impératifs administratifs. Il est recommandé de considérer la date réseau pour s'assurer de la fluidité et de la continuité des services qui seront offerts à l'enfant. Les services d'intervention précoce doivent rapidement suivre le dépistage pour que celui-ci soit utile et pertinent.

CONTEXTES POUR LESQUELS LE DÉPISTAGE EST RECOMMANDÉ
Lorsque les informations disponibles ne permettent pas d'analyser les besoins et le requis de services de l'enfant et sa famille afin de l'orienter vers le service approprié dans le continuum Agir tôt.
Demande de services provenant d'un parent ou d'un autre référent pour laquelle il y a absence d'autres informations ou documents.
Demande de services pour laquelle des inquiétudes sur le fonctionnement global de l'enfant ou des indices de retard dans plus d'une sphère de développement sont présents afin de clarifier les besoins prioritaires de l'enfant et les bons services à offrir.

*Dans tous les cas, le jugement clinique doit s'appliquer.

CONTEXTES POUR LESQUELS LE DÉPISTAGE EST NON RECOMMANDÉ OU N'EST PAS LA PREMIÈRE ORIENTATION ENVISAGÉE	
Contexte	Orientation suggérée
Enfants âgés de moins de 18 mois référés pour un motif initial de santé physique (ex. : problématique en matière de nutrition, de plagiocéphalie, d'enfants qui ne marchent pas, etc.) nécessitant une intervention immédiate d'un professionnel.	<ul style="list-style-type: none"> • Physiothérapie; • Nutrition; • Ergothérapie; • Intervention brève ou soutien ponctuel, si pertinent. <p>*Une orientation vers le dépistage pourrait être faite en même temps ou ultérieurement, selon la situation.</p>
À la suite de la passation de l'ABCdaire 18 mois+, lorsque l'analyse clinique de l'infirmière met en évidence que l'enfant n'est	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite de la surveillance par les parents ou de la surveillance active⁴⁸, lorsqu'indiquée;

⁴⁸ La surveillance active consiste en un processus individualisé, actif et continu d'appréciation du développement et du fonctionnement de l'enfant s'échelonnant sur une courte période (ex. : d'une durée de deux semaines à trois mois, selon les besoins de l'enfant). Elle s'adresse principalement aux familles d'enfants pour lesquels des difficultés développementales sont soupçonnées ou qui présentent des difficultés développementales légères, pouvant se résoudre spontanément ou avec une guidance minimale. La surveillance active implique de discuter avec les parents des difficultés rencontrées chez l'enfant, de leurs préoccupations, d'offrir des conseils et des stratégies de stimulation globale ajustés aux besoins soulevés. Lors de la surveillance active, une personne-ressource est identifiée pour les parents afin d'assurer le suivi de l'évolution de l'enfant par des modalités ajustées à la situation (adapté de *Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services*, MSSS [2019], p. 42, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-914-02W.pdf>).

<p>pas à risque (ex. : un jalon non atteint, l'absence de préoccupations parentales et l'absence de facteurs de risques).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation vers des services offerts dans la communauté (ex. : atelier à la maison de la famille du quartier).
<p>Enfant identifié comment étant à risque de difficultés développementales au terme d'une surveillance récente et bien documentée (ex. : par un SGEE), mais pour qui l'orientation immédiate vers le dépistage ou des services d'intervention n'est pas privilégiée à la suite de l'analyse de la demande.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite de la surveillance ou surveillance active, lorsqu'indiquée; • Intervention brève ou soutien ponctuel, si indiqué; • Orientation vers des services offerts dans la communauté (ex. : atelier à la maison de la famille du quartier). <p>* L'intervenant qui assure la surveillance active a la responsabilité de déterminer, en concertation avec les parents, le bon moment où l'enfant devrait être dirigé vers un dépistage ou un service d'intervention précoce selon l'évolution des besoins et de la situation.</p>
<p>Enfant ayant bénéficié d'un dépistage récent ou d'une évaluation professionnelle récente qui brosse un portrait global de son développement ou qui permet de déterminer l'orientation de l'enfant vers le bon service.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation vers les services requis à la lumière des informations disponibles.
<p>Enfant non connu, ayant reçu un diagnostic pouvant être répondu par les programmes-services en DP-DI-TSA (ex. : déficience visuelle, traumatisme craniocérébral, déficience motrice cérébrale, etc.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation vers les services en DP-DI-TSA.
<p>Enfant bénéficiant de services dans le programme DP-DI-TSA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite des services en DP-DI-TSA; • L'enfant peut être réorienté, si cela est requis, afin de répondre à ses besoins en fonction des observations cliniques et de l'évaluation de la ou des professionnels qui interviennent auprès de lui. <p>* S'arrimer avec l'intervenant pivot de l'enfant au programme DP-DI-TSA afin de bien comprendre la nature de la demande de dépistage.</p>
<p>Enfant bénéficiant d'un suivi de développement en CHU ou dans une clinique de suivi systématique de développement</p> <p>Enfant dont la condition médicale associée est connue ou en investigation nécessitant une stabilisation ou des interventions surspécialisées en CHU</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le CHU brosse le portrait global du développement de l'enfant; • L'enfant peut être orienté vers les services spécifiques ou spécialisés de proximité au moment approprié, dans le parcours de l'enfant et de sa famille, en fonction des besoins prioritaires, et en complémentarité avec les services déjà offerts.

<p>Transfert inter établissement d'un enfant qui recevait des services d'intervention précoce dans l'établissement d'origine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation vers le même service ou un service semblable, selon l'organisation de services de l'établissement d'accueil. <p>*Tenir compte de la date réseau dans la priorisation de la demande.</p>
<p>Enfant pour qui le motif de référence ou le besoin prioritaire identifié est de nature psychosociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besoin de soutien des parents dans le développement/la consolidation des habiletés liées à l'exercice de leur rôle parental en lien par exemple avec les comportements problématiques de l'enfant ou un événement déclencheur (ex. : transition, déménagement, naissance, fratrie, etc.); • Environnement familial présentant certains facteurs de risques pouvant entraver le développement optimal de l'enfant (exemples : famille en situation de grande précarité, milieu de violence familiale, conflits parentaux, etc.); • Situation préoccupante (ex. : crise familiale, soupçon de négligence, indices de maltraitance, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation vers les services JED, SMJ ou les services généraux*; • Signalement ou consultation à la DPJ si le développement de l'enfant semble compromis; • Une orientation simultanée vers le dépistage peut être réalisée si cela est pertinent selon l'analyse de la situation (présence de préoccupation en matière de développement). <p>* L'intervenant qui assure la prise en charge a la responsabilité de déterminer, en concertation avec les parents, le bon moment où l'enfant devrait être dirigé vers un dépistage ou un service d'intervention précoce.</p>

*Dans tous les cas, le jugement clinique doit s'appliquer.

SOURCE : Équipe de soutien au déploiement provincial du programme Agir tôt, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (mis à jour en juillet 2024)

Annexe 4 : Exemples d'application du modèle de soutien par paliers multiples

Le tableau suivant illustre deux exemples d'application du modèle de soutien par paliers multiples et du processus clinique dynamique dans des contextes différents.

Processus clinique dans un contexte de soutien aux partenaires communautaires
<p>Un ergothérapeute est dédié, à raison de deux jours par semaine, pour déployer des services auprès de quelques partenaires communautaires (milieux de garde) d'un RLS. Ceux-ci ont été ciblés en étroite collaboration avec les organisateurs communautaires de la santé publique de l'établissement. Le RLS comporte une grande proportion d'enfants vivant dans un contexte de vulnérabilité socio-économique et les intervenants de ces milieux ont des préoccupations quant au développement de certains enfants. Les intervenants des milieux de garde déterminent comme priorité le besoin d'être mieux informés et outillés en ce qui concerne le jeu actif et le développement sensori-moteur des enfants. Les parents sont également ciblés par le biais des interventions tout comme le personnel en soutien (ex. : conseiller pédagogique et éducateur spécialisé).</p> <p>L'ergothérapeute commence son soutien par des formations et des ateliers afin de sensibiliser les parents et intervenants des milieux sur le jeu et le développement sensori-moteur des enfants. Un accompagnement est offert dans la mise en place de pratiques éducatives et inclusives de qualité pour tous (soit attitudes, aménagement de l'environnement, matériel et activités, etc.) et dans l'identification des enfants à risque de difficultés développementales (soutien précoce et pratiques inclusives).</p> <p>Par la suite, l'ergothérapeute soutient les intervenants et parents afin d'adapter les activités et l'environnement pour mieux répondre aux besoins de quelques enfants qui présentent des difficultés dans leur développement et qui ne progressent pas favorablement malgré les stratégies de stimulation globales et les bonnes pratiques mises en place. Ce soutien est réalisé à partir des activités en sous-groupes d'enfants, des consultations et du coaching aux intervenants et parents (soutien ciblé). Un accompagnement plus spécifique (soutien particulier) est par la suite offert pour quelques enfants ayant des enjeux développementaux pour lesquels les interventions générales et plus ciblées mises en place ne suffisent pas, en étroite partenariat avec les intervenants et parents, par des évaluations dans le milieu de vie, de l'accompagnement, des discussions interdisciplinaires et des interventions⁴⁹.</p>

⁴⁹ Adapté de Beaudoin, A. J., Gagnon, M., Ouellette, J., Foley, V., Couture, M., & Camden, C. (2022). Description of a Pilot Project for Pediatric Occupational Therapy in Daycare and Community Settings. *Canadian Journal of Occupational therapy. Revue Canadienne D'ergothérapie*, 84174221121421-84174221121421.

Processus clinique pour un enfant orienté vers un service de l'ÉSSS

Une modalité de groupe est offerte par un CISSS/CIUSSS aux familles pour lesquelles ce service est jugé pertinent selon leur situation et est susceptible de répondre aux besoins de leur enfant en lien avec le langage et la communication. Dans le cadre du groupe, des capsules d'informations en ligne sont rendues disponibles pour visionnement aux parents ainsi qu'aux intervenants des milieux de garde impliqués auprès des enfants. Les capsules abordent les stratégies générales efficaces de stimulation du langage et de la communication et peuvent être visionnées au moment voulu par les parents et les intervenants des milieux de garde. Elles permettent d'amorcer le processus de résolution de problèmes sur certaines adaptations (soit attitude, matériel, environnement) à mettre en place dans les routines et activités du quotidien susceptibles de soutenir le développement de l'enfant avec des défis en matière de langage et de la communication, mais également bénéfiques et applicables pour tous les enfants (soutien précoce et pratiques inclusives).

Ces capsules sont ensuite suivies de trois à cinq rencontres de coaching et d'accompagnement en groupe auprès des parents (nombre de séances flexible selon les besoins et l'évolution). Ces rencontres visent à soutenir et renforcer la capacité des parents à intégrer à leur quotidien les stratégies de stimulation du langage et de la communication efficaces pour leur enfant et pour tous (ex. : fratrie) (soutien précoce et pratiques inclusives). Les rencontres visent également à communiquer de l'information ajustée aux parents, sous forme d'échange et de partage, afin d'identifier les stratégies à privilégier selon la situation et la réponse de leur enfant à l'intervention (soutien ciblé). Du *modeling* en présence des enfants est également possible selon les besoins du groupe tout comme de la vidéo rétroaction.

Une rencontre de soutien aux intervenants partenaires des milieux de garde impliqués auprès des enfants est également offerte. Cette rencontre vise, avant tout, à accompagner les intervenants, et à échanger en groupe (télésanté), sur la mise en place de bonnes pratiques de stimulation du langage et de la communication ainsi que des stratégies à intégrer aux routines et activités, susceptibles de soutenir la pleine participation et le développement de l'enfant avec des défis en matière de langage et de la communication, mais qui peuvent être appliqués auprès du groupe afin que l'ensemble des enfants en bénéficient (soutien précoce et pratiques inclusives). Par la suite, selon la réponse à l'intervention de l'enfant ou lorsqu'un soutien plus important aux parents et partenaires dans la mise en place des stratégies s'avère nécessaire, une intervention plus personnalisée ou une évaluation des capacités langagières de l'enfant en lien avec un besoin précis peut être offerte (soutien ciblé ou particulier si requis).

BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (traduit par Crocq, M-A. et J.D. Guelfi), Elsevier-Masson.

Beaudoin, A. J., Gagnon, M., Ouellette, J., Foley, V., Couture, M., & Camden, C. (2022). Description of a Pilot Project for Pediatric Occupational Therapy in Daycare and Community Settings. *Canadian Journal of Occupational therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 84174221121421-84174221121421.

Canadian Task Force on Preventive Health Care. (2016). Recommendations on screening for developmental delay. *Cmaj*, 188(8), 579-587.

Camden, C., Pratte, G., Fallon, F., Couture, M., Berbari, J., & Tousignant, M. (2020). Diversity of practices in telerehabilitation for children with disabilities and effective intervention characteristics: results from a systematic review. *Disability and rehabilitation*, 42(24), 3424-3436.

Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., ... & Museux, A. C. (2014). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux-Guide explicatif. *Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI)*. [\[EN LIGNE\]](#)

Iattoni, B., & Guay, D. (2019). Cadre de référence du programme interventions éducatives précoces 2019. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Direction régionale de santé publique. 28 p. [\[EN LIGNE\]](#)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec [\[EN LIGNE\]](#)

Développement de la petite enfance : énoncé de position du Collège royal. (2014). Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. [\[EN LIGNE\]](#)

Laurent, R., Lebon, A., Rivard, M., David, H., Fontecilla, A., Fortin, G., ... & Tremblay, D. (2021). Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes, rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. [\[EN LIGNE\]](#)

Conseil supérieur de l'éducation. (2017). *Pour une école riche de tous ses élèves : s'adapter à la diversité des élèves, de la maternelle à la 5^e année du secondaire*, Québec, Le Conseil, 165 p. [\[EN LIGNE\]](#)

Dagenais, F., & Hotte, J. P. (2019). Rapport préliminaire du comité-conseil Agir pour que chaque tout-petit développe son plein potentiel. *Montréal, Québec*, 98 p. [\[EN LIGNE\]](#)

Darragh, J. (2007). Universal design for early childhood education: Ensuring access and equity for all. *Early Childhood Education Journal*, 35(2), 167-171.

- Dunst, C., et C. Trivette. (2009). « Capacity-Building Family-Systems Intervention Practices », *Journal of Family Social Work*, vol. 12, p. 119-143.
- Ebbels, S. H., McCartney, E., Slonims, V., Dockrell, J. E., & Norbury, C. F. (2019). Evidence-based pathways to intervention for children with language disorders. *International journal of language & communication disorders*, 54(1), 3-19.
- Fragasso, A., Pomey, M. P., & Careau, E. (2018). Vers un modèle intégré de l'Approche famille-partenaire auprès des enfants ayant un trouble neurodéveloppemental. *Enfances*, 79(3), 118-129. [\[EN LIGNE\]](#)
- Fraser Mustard, J. (2011). « Développement du cerveau dans la petite enfance et développement humain », dans Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, *Importance du développement des jeunes enfants*, p.6. [\[EN LIGNE\]](#)
- Gagnon, M., Couture, M., Hui, C., Obradovic, N., Camden, C., Lemay, L., & Jasmin, E. (2024). Occupational performance coaching for significant adults of preschoolers: Multiple case studies. *Early Childhood Education Journal*, 52(2), 233-241.
- Godbout, R., et E. Martello. (2017). *Échelle de dépistage des troubles du sommeil pédiatrique (2-17 ans)*. . [\[EN LIGNE\]](#)
- Heckman, J. J. (2008). « The case for investing in disadvantaged young children », *CESifo DICE Report*, vol. 6, n° 2, p. 3-8.
- Institut de la statistique du Québec. (2019). *Enquête québécoise sur le parcours préscolaire des enfants de maternelle 2017 : sommaire des résultats*, 8 p. [\[EN LIGNE\]](#)
- Institut de la statistique du Québec. (2023). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2022 : portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives*, 153 p. [\[EN LIGNE\]](#)
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2020). *Dépistage des difficultés et retards liés au développement des enfants et des jeunes (0-18 ans) recevant des services en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)*, 74 p. [\[EN LIGNE\]](#)
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2021). *Trajectoires de services menant à l'évaluation diagnostique des troubles neurodéveloppementaux chez les enfants de la naissance à sept ans*, 103 p. [\[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Trajectoires_TND_EP.pdf\]](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Trajectoires_TND_EP.pdf)
- Institut national de santé publique du Québec. (2014). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants : état des connaissances*, 49 p.
- Institut national de santé publique du Québec. (2021). *Étude sur la couverture vaccinale des enfants québécois âgés de 1 an, 2 ans et 7 ans en 2019*, 217 p. [\[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2776-couverture-vaccinale-enfants-quebecois.pdf\]](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2776-couverture-vaccinale-enfants-quebecois.pdf).

King, G., Graham, F., & Ahkbari Ziegler, S. (2024). Comparing three coaching approaches in pediatric rehabilitation: Contexts, outcomes, and mechanisms. *Disability and rehabilitation*, 46(12), 2708-2719.

Lavoie, A., & Fontaine, C. (2016). *Mieux connaître la parentalité au Québec: un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*. Institut de la statistique du Québec. [\[EN LIGNE\]](#)

Lord, C., Charman, T., Havdahl, A., Carbone, P., Anagnostou, E., Boyd, B., et autres & McCauley, J. B. (2022). The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *The Lancet*, 399 (10,321), 271–334. Law, J., et autres (2019). “Working with the parents and families of children with developmental language disorders: An international perspective”, *Journal of Communication Disorders*, vol. 82.

McGinn, C. A. (2014). *Efficacité des interventions en matière de négligence auprès des enfants, des familles et des communautés autochtones*. INESSS: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. [\[EN LIGNE\]](#)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2008). Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie. Gouvernement du Québec. [\[EN LIGNE\]](#)

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir*, 26 p. [\[En ligne\]](#)

Ministère de la Famille (avec la collaboration du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et du ministère de la Santé et des Services sociaux). (2014). *Favoriser le développement global des jeunes enfants au Québec : une vision partagée pour des interventions concertées*, 29 p. [\[En ligne\]](#)

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017a). *Vers une meilleure intégration des services pour les jeunes en difficulté et leur famille : orientations ministérielles relatives au programme-services destiné aux jeunes en difficulté 2017-2022*, [En ligne], 80 p. [\[En ligne\]](#)

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017 b). *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience : cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*, 84 p. [\[EN LIGNE\]](#)

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Plan d'action interministériel 2017-2021 : politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS)*, 86 p. [\[EN LIGNE\]](#)

Ministère de la Famille. (2019). *Accueillir la petite enfance : programme éducatif pour les services de garde éducatifs à l'enfance*, 204 p. [\[EN LIGNE\]](#)

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021a). *Pour une intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience : gamme de services pour les*

personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, 39 p. [\[En ligne\]](#)

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021 b). *La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux : vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit*, 70 p. [\[En ligne\]](#).

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité : Cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux*, 73 p. [\[EN LIGNE\]](#)

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022 b). *S'unir pour un mieux-être collectif : Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*, 116 p. [\[EN LIGNE\]](#)

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). *Plan d'action en périnatalité et en petite enfance 2023-2028*, 80 p. [\[EN LIGNE\]](#)

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Mécanisme d'accès en santé mentale au Québec : Cadre de référence à l'intention des établissements de Santé et de Services sociaux*, 54 p. [\[EN LIGNE\]](#)

Observatoire des tout-petits. (2023). *Tout-petits ayant besoin de soutien particulier : Comment favoriser leur plein potentiel?* Montréal, Québec, Fondation Lucie et André Chagnon. [\[EN LIGNE\]](#)

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2005). *Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie : lignes directrices*, 36 p. [\[EN LIGNE\]](#)

Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec. (2020). *Lignes directrices sur l'encadrement des éducateurs et autres intervenants en langage auprès des enfants*, 20 p. [\[EN LIGNE\]](#)

Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec. (2023). *Guide de pratique en orthophonie scolaire*, 79 p. [\[EN LIGNE\]](#)

Pelchat, S. P. S. G. Y. (2015). *La formation interculturelle dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux: constats et pistes d'action.*, Institut national de santé publique du Québec, 36 p. [\[EN LIGNE\]](#)

Poissant, J. et A. Chan. (2014). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants : état des connaissances*, Institut national de santé publique du Québec 49 p. . [\[EN LIGNE\]](#)

Pozniak, K., King, G., Chambers, E., Martens, R., Earl, S., Kraus de Camargo, O., ... & Rosenbaum, P. (2024). What do parents want from healthcare services? Reports of parents' experiences with pediatric service delivery for their children with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 46(12), 2670-2683.

Pratte, G., Trottier, N., Couture, M., Beaudoin, A. J., & Camden, C. (2024). Proposed framework and knowledge synthesis of services delivered by specialized professionals in childcare settings: A scoping review. *Child: Care, Health and Development*, 50(4), e13282.

Public Health England. (2020). *Best start in speech language and communication: Guidance to support local commissioners and service needs*. [\[EN LIGNE\]](#)

Renaud, L., & Lafontaine, G. (2011). Guide pratique-Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique.,42 p. [\[EN LIGNE\]](#)

Robins, D.L., D. Fein et M. Barton. (2009). *Modified checklist for autism in toddler, revised, with follow-up (M-CHAT-R/F)*.

Rutter, M., A. Bailey et C. Lord (adapté par Kruck, J., S. Baduel et B. Rogé). (2013). *SCQ : Questionnaire de communication sociale pour le dépistage des troubles du spectre autistique*, Hogrefe [\[EN LIGNE\]](#)

SIMARD, M., A. LAVOIE et N. AUDET (2018). Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2017, Québec, Institut de la statistique du Québec, 126 p. [\[EN LIGNE\]](#).

Smolla, N., Béliveau, M. J., Noël, R., Breault, C., Lévesque, A., Berthiaume, C., & Martin, V. (2015). La pertinence de l'inquiétude parentale pour le développement langagier du jeune enfant référé en psychiatrie. *Revue québécoise de psychologie*, 36(3), 235-263.

Société canadienne de pédiatrie. (2012), *Les gouvernements en font-ils assez pour protéger les enfants? Non, le Canada peut faire mieux* [\[En ligne\]](#)

Squires, J., et D. Bricker (traduit par C. Dionne). (2016). *Ages & Stages Questionnaires in French, third edition (ASQ-3 French)*, Brookes.

Squires, J., D. Bricker et M.S. Twombly (traduit par S. McKinnon). (2019). *Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional in French, second edition (ASQ: SE-2 French)*, Brookes.

St-Louis, M.-P. (2017). Les facteurs de réussite pour mieux rejoindre les familles isolées et répondre à leurs besoins. *Projet Constellation*. Horizon 0-5. [\[EN LIGNE\]](#)

Sylvestre, A., Di Sante, M., Brassard, É., & Leblond, J. (2021). Présentation de l'outil Comportements observés du parent en interaction avec l'enfant (COPI): un outil permettant d'observer les comportements parentaux importants pour le développement langagier. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, 45(2), 99-113.

Tessier, A et S. Valade (2017). *Organisation du continuum et de la dispensation des services aux enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage (trouble primaire du langage)*, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. 107 p. [\[EN LIGNE\]](#)

Trudeau, N. et coll. (2008). *Les Inventaires MacArthur-Bates du développement de la communication (IMBDC) : manuel et guide de l'utilisateur*. [\[EN LIGNE\]](#)

UNESCO. (2023). *Pour une inclusion dans l'éducation dès la petite enfance : de l'engagement à l'action*, 58 p. [\[EN LIGNE\]](#)

Williams, R., Clinton, J., Société canadienne de pédiatrie, & Groupe de travail de la petite enfance. (2011). Bien faire ce qu'il faut à 18 mois: en appui au bilan de santé amélioré. *Paediatrics & Child Health*, 16(10), 651-654.

