

Trajectoire de services Agir tôt

Accès, qualité et continuité des services d'intervention précoce

Orientations à l'intention des établissements¹

Mise en contexte

Le programme Agir tôt a comme objectif d'améliorer l'accès à des services ajustés aux besoins des enfants dès que des indices de difficultés développementales sont détectés, ce qui contribue à diminuer la proportion d'enfants présentant des vulnérabilités dans leur développement à leur entrée à la maternelle. Il s'adresse aux enfants qui présentent ou qui sont à risque de présenter des difficultés, des retards de développement ou des troubles neurodéveloppementaux (TND) confirmés. Les services visés sont diversifiés puisqu'ils s'adressent aux enfants rencontrant des difficultés variées tant dans leur nature que dans leur degré de sévérité.

Le déploiement des orientations du programme et de ses différents volets occasionne des changements importants dans la trajectoire de services des enfants et de leurs familles. En effet, le passage d'une trajectoire basée sur le diagnostic à une trajectoire centrée sur les besoins amène un changement de pratique et une réorganisation des services significative au sein des établissements. Bien que les établissements aient, au cours des dernières années, entrepris des travaux d'amélioration continue afin que les enfants et leur famille aient accès le plus précocement possible à des services d'interventions, des enjeux persistent, dont :

- des enjeux d'accès et de continuité aux services dans leur parcours avant et après l'entrée à l'école;
- de l'iniquité d'une région à l'autre;
- de nombreux changements d'intervenants pour les enfants et leur famille;
- des dédoublements de services, etc.

Par ailleurs, dans le cadre des travaux d'implantation de la Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique (DP), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et de ceux menés pour le programme Agir tôt, les établissements ont soulevé des enjeux concernant les rôles et responsabilités des programmes-services en DP et en DI-TSA et Jeunes en difficulté (JED) à propos des enfants identifiés avec des indices de retards de développement et sans diagnostic.

Il importe de clarifier les rôles et responsabilités des deux programmes-services et de revoir les trajectoires de soins et de services, tout comme les façons de faire, afin de mieux répondre aux besoins présents dans la population ainsi qu'à l'augmentation des nouvelles demandes en petite enfance. Cela est essentiel en vue d'éviter que le préjudice ne soit porté par les enfants et les familles.

¹ Les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James et le CLSC Naskapi sont les établissements concernés par le programme Agir tôt.

C'est dans ce contexte que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confirmé son intention de déployer de nouvelles orientations visant à améliorer et harmoniser la trajectoire de services du programme Agir tôt dans l'ensemble de la province en cohérence avec les travaux d'implantation de la Gamme de services en DP et en DI-TSA. Ces orientations tiennent également compte du principe de la responsabilité populationnelle des établissements, de la hiérarchisation des services ainsi que des orientations des services de proximité, pour lesquels une priorité est accordée.

Plus spécifiquement, le MSSS souhaite accompagner et offrir des balises aux établissements afin de :

- Se doter d'une gouvernance efficace dans la gestion de la trajectoire de services Agir tôt et ce, tant à l'échelle nationale, régionale qu'intersectorielle;
- Assurer l'accès aux services d'intervention aux enfants présentant des indices de retard de développement et à leur famille afin que ceux-ci puissent être offerts le plus précocement possible;
- Renforcer la variété et la qualité des services offerts afin d'offrir une réponse adaptée aux besoins des enfants;
- Assurer la fluidité et la continuité des services offerts aux enfants et leur famille.

Le présent document définit les balises à l'intention des établissements en complément du modèle logique (annexe 1), mis à jour en mai 2023 et du schéma de la trajectoire Agir tôt (annexe 2).

Le MSSS poursuit actuellement des travaux au sujet de la trajectoire de référence en évaluation diagnostique pour les troubles neurodéveloppementaux. Des orientations complémentaires à l'intention des établissements sont attendues d'ici l'automne 2023.

ORIENTATIONS À METTRE EN ŒUVRE

GOVERNANCE

Il est attendu que chaque établissement:

- Identifie un gestionnaire (président-directeur général adjoint (PDGA) ou directeur général adjoint (DGA)) imputable de la réussite de l'implantation de la Gamme de services en DP et en DI-TSA et du programme Agir tôt;
- Assure une cohérence dans la gouvernance de la Gamme de services en DP et en DI-TSA et celle du programme Agir tôt au niveau tactique et opérationnel;
- Assure, que la gouvernance soutienne les arrimages suivants:
 - Inter-programmes (JED, DPJ, santé publique, santé mentale, DP et DI-TSA, services généraux, santé physique);
 - Intersectoriels (partenaires communautaires, Centres de pédiatrie sociale en communauté (CPSC), milieux scolaires, services de garde éducatifs à l'enfance (SGÉE));
 - Inter-établissements, entre autres avec les Centres hospitaliers universitaires.
 - Assure la coordination de l'accès et des différentes trajectoires de services par le biais d'une gestion de proximité;

- Désigne une personne responsable de coordonner avec cohérence et efficacité le suivi de l'implantation des livrables au niveau opérationnel (ex. répondant Agir tôt, chargé de projet);
- Se dote d'un plan de gestion de changement intégré.

ACCESSIBILITÉ

Il est attendu que chaque établissement :

- Identifie un accès unique vers lequel les demandes de services pour Agir tôt seront dirigées (pour un enfant qui présente ou qui est à risque de présenter des difficultés développementales). Cet accès unique est diffusé et connu des partenaires internes et externes (ex. : via le site web de l'établissement);
- Prévoit des mécanismes de collaboration avec les partenaires privilégiés (ex. : SGÉE, Groupes de médecine familiale (GMF), CPSC, organismes communautaires famille (OCF)) afin de faciliter la référence des enfants pour qui des préoccupations sur le plan du développement sont identifiées.
- Met en place un **mécanisme d'accès Agir tôt** positionné de façon cohérente selon l'organisation de services pour assurer le traitement des demandes de services ainsi qu'un accès plus précoce à des services ajustés aux besoins :
 - Le mécanisme d'accès Agir tôt 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 du mécanisme d'accès doit pouvoir compter sur un nombre suffisant d'intervenants pour être en mesure de répondre à son mandat et au volume de demandes de services. Le nombre d'intervenants et l'ampleur des autres activités offertes par l'équipe des services spécifiques doivent être modulés en fonction du volume des demandes de services à traiter afin d'assurer une réponse rapide aux besoins.

Fonctions du mécanisme d'accès

Les fonctions suivantes du mécanisme d'accès s'intègrent dans les divers modèles d'organisation de l'accès en place dans l'établissement :

1) Analyse des besoins

- ✓ Les intervenants au mécanisme d'accès Agir tôt ont comme fonction principale l'analyse des besoins et du requis de services de l'enfant et de sa famille;
 - ✓ Pour ce faire, les intervenants ont recours à différents moyens, dont le dépistage via la plateforme numérique, lorsque cela est pertinent. Des repères sont disponibles afin de guider l'intervenant dans sa prise de décision (annexe 3);
- ✓ **Les établissements s'assurent de réduire graduellement les délais pour réaliser l'ensemble du processus de dépistage en vue d'atteindre la cible maximale de 60 jours;**
- ✓ Les besoins et priorités des parents doivent être pris en compte dans l'analyse des besoins et des décisions entourant l'orientation de l'enfant vers les bons services;

- ✓ Lorsque l'enfant et sa famille bénéficient d'un suivi actif (ex. : intervenant du programme de services intégrés en périnatalité et petite-enfance, programme d'intervention en négligence, suivis en protection de la jeunesse), la collaboration étroite entre cet intervenant et ceux du mécanisme d'accès est essentielle afin d'assurer la pertinence clinique et la continuité pour l'enfant et sa famille ainsi qu'une utilisation judicieuse des ressources à l'étape de l'analyse des besoins;
- ✓ L'établissement assure un accès à du soutien clinique dans le cas de situations complexes;
- ✓ Un accompagnement plus personnalisé doit être envisagé pour la clientèle vivant en contexte de vulnérabilité.

2) Orientation vers les services ajustés aux besoins

- ✓ À la suite de l'analyse des besoins et de l'ensemble des informations disponibles, l'orientation de l'enfant se fait à l'intérieur d'un continuum intégré de services qui peut inclure les services d'un partenaire externe. Cela nécessite que l'intervenant ait une bonne connaissance de l'offre de services en place, des meilleures pratiques et qu'il puisse détenir l'autonomie nécessaire pour exercer son rôle. Il est décisionnel en ce qui a trait à l'orientation des demandes de services concernant l'enfant et sa famille;
- ✓ L'orientation de l'enfant et sa famille se fait vers le service le plus pertinent et susceptible de répondre efficacement aux besoins identifiés à travers un processus de décision partagée avec la famille.;
- ✓ Il n'y a aucun critère d'exclusion, et ce, pour tous les niveaux de l'offre de services;
- ✓ Le niveau de priorité de l'enfant est déterminé en fonction de la grille de priorisation multiclientèle en CLSC ([Microsoft Word - Grille version 2020-11-09.doc \(gouv.qc.ca\)](#));
- ✓ De plus, la date réseau est prise en considération pour la dispensation des services.

3) Intervention brève

- ✓ Des interventions à court terme et de premier niveau peuvent être effectuées lorsque requis et selon le jugement clinique de l'intervenant du mécanisme d'accès;
- ✓ Ces interventions sont offertes principalement lorsqu'elles correspondent à une réponse adaptée et terminale au besoin de l'enfant et sa famille, par exemple : enseignement, information, conseils de base, accompagnement-soutien, surveillance active, etc.;
- ✓ Dans le cadre du programme Agir tôt, une surveillance active peut être offerte. Celle-ci 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>).

4) **Suivi des enfants en attente de services**

- ✓ Une personne de référence pour la famille doit être désignée dans l'attente de la mise en place des services;
- ✓ En fonction des facteurs de risque et de protection et selon le jugement clinique de l'intervenant, une réévaluation systématique de l'évolution des besoins et du requis de services est prévue avec l'enfant et sa famille;
- ✓ Prévoir des mesures supplétives ou d'appoint si les délais d'accès dépassent ceux prévus selon le niveau de priorité établi pour un 1^{er} service selon la Grille de priorisation multiclientèle.

CONTINUITÉ

Il est attendu que chaque établissement :

- Met en place les actions nécessaires afin de pouvoir élargir la clientèle desservie avec Agir tôt pour inclure les enfants jusqu'à 6 ans 364 jours :
 - Assure, en priorité, le soutien à la première transition scolaire pour les enfants qui sont en services, en concertation avec le réseau scolaire en fonction des besoins identifiés;
 - Met en place un mécanisme de coordination pour assurer la transition et la continuité des services après 7 ans.
- Revoit, de façon prioritaire, l'organisation et l'offre de services destinées aux enfants présentant des indices et des retards et à leur famille, entre les programmes-services en DP, en DI-TSA et en JED : *les services destinés aux enfants présentant des difficultés développementales sont sous la responsabilité des programmes-services en DP et en DI-TSA. Le programme JED assure l'expertise pour les services aux enfants et aux familles en situation de vulnérabilité psychosociale. Plusieurs enfants nécessiteront des suivis conjoints et complémentaires de ces deux programmes-services pour des besoins concomitants.* L'établissement détermine les moyens nécessaires permettant de mettre pleinement à profit chacune de ces expertises tout en s'assurant de ne pas dédoubler les actions et les ressources entre les programmes-services. Il est également impératif d'éliminer les critères d'admissibilité restrictifs pour un programme-service.
- Met en place des mécanismes de collaboration efficaces entre les programmes-services en JED, en DP et en DI-TSA ainsi qu'avec les autres partenaires internes et externes, par exemple:
 - En assignant un intervenant pivot aux enfants pour lesquels une coordination des services est nécessaire;

- En réalisant des plans d'interventions interdisciplinaires (PII) entre les intervenants en provenance des différents programmes-services pour faciliter la co-intervention inter programmes;
- En élaborant des plans de services individualisés intersectorielles (PSII) lorsque plusieurs intervenants issus d'organisations différentes gravitent autour de l'enfant et de sa famille;
- En mettant sur pied des rencontres de co-construction, d'arrimage et de concertation entre les partenaires internes et externes.
- Assure une continuité informationnelle et relationnelle dans les pratiques cliniques et que les changements d'intervenants soient minimisés dans le parcours de soins et de services de l'enfant et sa famille jusqu'à l'entrée à la maternelle.
- Implante la Gamme de services en DP et en DI-TSA auprès de la clientèle 0-7 ans dans les délais prescrits afin d'assurer que la poursuite du déploiement d'Agir tôt soit en cohérence avec ce chantier;
- Offre du soutien et de l'accompagnement aux familles par le biais des programmes-services JED et DP-DI-TSA, en fonction des besoins de l'enfant et de la famille. Les parents jouent un rôle actif tout au long des services et leur expertise est reconnue et renforcée par l'équipe d'intervention;
- Met en place des continuums de services en cohérence avec le modèle de soins et de services par étapes ou à paliers multiples préconisé pour le programme Agir tôt. Ces continuums intégrés de services sont développés en fonction des profils de besoins communs des enfants et non d'un diagnostic (c'est-à-dire, les besoins en langage-communication, les besoins de développement global et communication/interactions sociales...), et ce, en collaboration avec les partenaires intersectoriels (annexe 4).
 - **La mise en place d'un continuum de services intégrés pour les besoins en langage-communication** est priorisée en cohérence avec les recommandations de l'avis de l'INESSS : *Organisation du continuum et de la dispensation des services aux enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage (2017)*; [Organisation du continuum et de la dispensation des services aux enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage \(trouble primaire du langage\) \(inesss.qc.ca\)](#)
- Met en place des services universels, une approche communautaire (par le biais d'actions de promotion-prévention) et de l'accompagnement aux partenaires en collaboration avec la direction de la santé publique, notamment afin de :
 - Mieux rejoindre les familles vivant en contexte de vulnérabilité et réduire les barrières d'accès;
 - Mobiliser et s'appuyer sur les forces vives des milieux, reconnaître et renforcer leur expertise ;
 - Soutenir et outiller les personnes qui gravitent autour des enfants (les partenaires et les parents) comme agents de changement efficaces;
 - Renforcer les actions en amont pour soutenir le développement des enfants en mettant en place des stratégies d'intervention au bénéfice de tous les enfants ou d'un groupe d'enfants au moment où des préoccupations sont soulevées au sujet de leur développement;

- Diminuer le nombre d'enfants ayant besoin de soutien individualisé par le RSSS.
- Implante une trajectoire organisationnelle d'évaluation diagnostique des TND en cohérence avec la trajectoire de référence proposée par le MSSS (à venir).

QUALITÉ

Il est attendu que chaque établissement:

- Privilégie des services de proximité en offrant, dans la majorité des temps, de l'intervention dans les milieux de vie (domicile, SGÉE, OCF, CPSC, école) et en profitant des contextes naturels d'apprentissage. Le renforcement de l'expertise parentale constitue une priorité.
 - Comme l'approche de proximité requiert une expertise et une appropriation adéquate par les intervenants, l'établissement assure la formation, le soutien et l'accompagnement requis aux intervenants pour en assurer l'actualisation.
- Diversifie son offre de services ainsi que les modalités de suivi (approche, durée, intensité) afin que les services rendus à l'enfant et sa famille soient individualisés et réellement ajustés à leurs besoins. Les modalités de suivi sont flexibles, non séquentielles et ajustées en continu selon la réponse de l'enfant à l'intervention. Des modalités d'intervention centrées sur la famille et à plus faible intensité (ex. : « coaching ») sont intégrées et le recours à la télésanté est potentialisé.
- Optimise la tenue de dossier et le temps dédié à la rédaction grâce à l'évaluation dynamique et en continu.
- Implante et renforce les pratiques collaboratives (intra-équipe, inter-équipes, intersectoriel).
- Met en place des mesures de soutien clinique (ex. : Supervision clinique, mentorat, etc.) pour les intervenants afin d'assurer la qualité des services rendus à l'enfant et sa famille, le changement et la transformation des pratiques ainsi que le développement des compétences des intervenants.

Modalités de suivi d'implantation des travaux par le MSSS

Des modalités d'accompagnement et de suivi seront assurées par le MSSS par le biais de la nouvelle structure de gouvernance du programme Agir tôt. Le suivi de l'avancement de l'implantation du programme Agir tôt et des différents livrables pour chaque établissement sera réalisé avec le comité opérationnel RSSS (rencontres de répondants Agir tôt) via un outil de suivi mensuellement. Des moyens seront également déployés afin de soutenir les établissements dans l'implantation des orientations ainsi que dans la gestion de changement.

Dans une perspective d'amélioration continue, le MSSS mettra en œuvre une démarche de suivi de la performance et de l'implantation des présentes orientations auprès de l'ensemble des établissements du RSSS en regard de l'amélioration de l'accès et de la continuité des services aux enfants âgés de 0-5 ans et leurs familles.

ANNEXE 1



Modèle logique. V2 Trajectoire de services Agir tôt Accès et fluidité des services d'intervention précoce

<p>QUOI ?</p> <p>La trajectoire de services du programme Agir tôt s'inscrit dans la volonté gouvernementale d'agir le plus tôt possible dans la vie des enfants afin de soutenir leur développement optimal.</p>	<p>POUR QUI ?</p> <p>Enfants âgés de 0 à 6 ans 364 jours et leurs familles.</p>
<p>PAR QUI ?</p> <p>Les CISSS et les CIUSSS ont la responsabilité d'assurer l'implantation de la trajectoire de services en collaboration avec l'ensemble des partenaires impliqués dans la trajectoire des enfants.</p> <p>Le MSSS (Équipe projet Agir tôt) soutient le R5SS et assure le suivi de l'implantation de la trajectoire et le suivi de la performance.</p> <p>Collaborateurs MSSS : DSME, DGSP, direction Santé mentale, DGTI, DGPSP.</p> <p>Autres collaborateurs : MEQ, MFA, CHUs</p>	<p>POURQUOI ?</p> <p>Pour améliorer l'accès au bon service au bon moment. Le déploiement d'Agir tôt occasionne des changements importants, dont le passage d'une trajectoire basée sur le diagnostic à des trajectoires centrées sur les besoins. Des défis déjà présents dans l'accès et la continuité sont accentués par le dépistage précoce des difficultés développementales. Des orientations ministérielles à cet égard sont maintenant nécessaires.</p>

OBJECTIF GÉNÉRAL

Améliorer et harmoniser la trajectoire de services du programme Agir tôt dans l'ensemble de la province

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Gouvernance : Se doter d'une gouvernance efficace dans la gestion de la trajectoire de services Agir tôt et ce, tant à l'échelle nationale, régionale qu'intersectorielle.

Accessibilité : Améliorer l'accessibilité aux services d'intervention aux enfants présentant des indices de retard de développement et à leur famille afin que ceux-ci puissent être offerts le plus précocement possible.

Qualité : Renforcer la variété et la qualité des services offerts afin d'offrir une réponse ajustée aux besoins des enfants.

Continuité : Améliorer la fluidité et la continuité des services offerts aux enfants et leur famille.

INTRANTS

<p>Ressources humaines</p> <p>Intervenants du programme Agir tôt R5SS (missions CLSC et CR), partenaires intersectoriels.</p>	<p>Ressources informationnelles</p> <p>Données I-CLSC, SIPAD, plateforme Akinox, GESTRED.</p> <p>Rapports d'avancement des travaux.</p>	<p>Ressources financières</p> <p>Investissement de 80 M\$ depuis 2019.</p>
--	--	---

ACTIVITÉS INCONTOURNABLES
Mise en œuvre entre mars 2023 et décembre 2024

<p style="text-align: center;">Gouvernance</p> <ol style="list-style-type: none"> Un gestionnaire (PDGA, DGA) de chaque établissement est imputable de l'implantation des orientations pour le programme Agir tôt, de l'implantation et du suivi de la gamme de services en DP-Di-TSA ainsi que des arrimages intra-établissement, inter-établissements et intersectoriel. Les établissements assurent la coordination permanente transversale de l'accès et des différentes trajectoires de services. Une gestion de proximité est préconisée. Un chargé de projet ou une personne responsable de coordonner avec cohérence et efficacité l'implantation des livrables est désigné par l'établissement. 	<p style="text-align: center;">Continuité</p> <ol style="list-style-type: none"> L'offre de services Agir tôt s'adresse dorénavant aux enfants de 0 à 6 ans 364 jours et ce, afin de soutenir adéquatement la première transition scolaire. Les services d'intervention précoce offerts aux enfants manifestant des difficultés développementales sont assurés par la Gamme de services en DP-Di-TSA. Les services aux enfants en situation de vulnérabilité psychosociale sont offerts par le programme-services JED. Plusieurs enfants nécessiteront des suivis conjoints et complémentaires pour des besoins concomitants. Des moyens, mécanismes ou ententes de collaboration efficaces sont mis en place entre ces deux programmes-services ainsi qu'avec les autres partenaires internes et externes. L'intervenant-pivot joue un rôle central afin de faciliter cette collaboration. La poursuite du déploiement du programme Agir tôt s'inscrit en cohérence avec l'implantation de la Gamme de services en DP-Di-TSA. Le soutien et l'accompagnement des familles fait partie intégrante des services Agir tôt. Ils sont offerts par les programmes-services JED et DP-Di-TSA, en fonction des besoins de l'enfant et de la famille. Le programme Agir tôt inclut des services universels, dont des actions de prévention-promotion réalisées en collaboration avec la direction de la santé publique réalisées en collaboration avec la direction de la santé publique par du soutien et de l'accompagnement aux partenaires. Des trajectoires de services sont mises en place en fonction des profils de besoins communs des enfants, en collaboration avec les partenaires intersectoriels sans dédoublement, ni bris de services. Une trajectoire organisationnelle d'évaluation diagnostique des TND est implantée en cohérence avec la trajectoire de référence proposée par le MSSS. L'intervention précoce est offerte en préconisant les milieux de vie de l'enfant, notamment son domicile et les milieux éducatifs (SGÉE, OCF, CPSC, école) et sont dispensés en collaboration et continuité avec les acteurs clés.
<p style="text-align: center;">Accessibilité</p> <ol style="list-style-type: none"> Un mécanisme d'accès unique pour l'ensemble des demandes de services Agir tôt est clairement identifié dans chaque établissement de façon à assurer une réponse plus précoce et adaptée aux besoins. La plateforme de dépistage est utilisée lorsque cela est pertinent pour identifier les besoins de l'enfant et lui offrir les services appropriés. La date réseau est prise en considération pour la dispensation des services. 	
<p style="text-align: center;">Qualité</p> <ol style="list-style-type: none"> Les services spécifiques de proximité sont renforcés et représentent la majeure des services Agir tôt. Les trajectoires de services sont organisées de manière à pouvoir offrir des services flexibles, non-séquentiels, diversifiés et offerts en interdisciplinarité. Des mesures de soutien clinique sont en place pour les intervenants afin d'assurer la qualité des services rendus à l'enfant et sa famille, le développement de leurs compétences, l'implantation de bonnes pratiques et la transformation des services. 	

EXTRANTS

Gouvernance

1. Structure de gouvernance révisée et mise en place au MSSS et dans le RSSS.

Accessibilité

1. Mécanisme d'accès unique pour Agir tôt mis en place.
2. Diminution de l'âge moyen à la première intervention.
3. Processus de dépistage complété dans un délai de moins de 60 jours.
4. Diminution du délai d'accès et d'attente aux services.
5. Augmentation du volume d'enfants desservis.

Qualité

1. Les services se greffent à l'enfant et sa famille en fonction de leurs besoins en minimisant les transferts d'équipes et d'intervenants.
2. Satisfaction des parents à l'égard des services reçus et de la réponse aux besoins.
3. Présence d'un soutien clinique pour les équipes Agir tôt.

Continuité

1. Soutien offert à l'enfant au moment de la première transition scolaire.
2. Gamme de services en DP-DI-TSA implantée dans chacune des régions pour les 0-7 ans.
3. Moyens, mécanismes et ententes de collaboration établis entre les différents partenaires et le programme Agir tôt, par exemple, avec SIPPE, PIN, milieux scolaires, SGEE, OCF, CPSC, etc.
4. Actions universelles et de prévention-promotion mises en place dans chaque région.
5. Services organisés en trajectoires. Une trajectoire de services pour les besoins en langage-communication est implantée en priorité dans chaque région.
6. Trajectoire organisationnelle en évaluation diagnostique des TND implantée.
7. Enfants et familles recevant des interventions dans leurs milieux de vie.

FACTEURS DE SUCCÈS ET RISQUES

Facteurs de succès

1. Marge de manœuvre à donner aux établissements dans la gestion du changement.
2. Assurer que les établissements se dotent d'un plan de gestion de changement incluant l'implication d'un parent partenaire dans leurs travaux.
3. Assurer qu'un responsable soit identifié dans chaque établissement pour assurer l'atteinte des livrables dans les échéanciers fixés.
4. Assurer la visibilité et le rayonnement des établissements qui sont plus avancés dans l'intégration et la diversification de leurs services et de leurs équipes.
5. Collaboration interministérielle en petite enfance. Élaboration et révision des ententes de collaboration interministérielles. Agents de liaison en place pour soutenir la collaboration.
6. Les établissements assurent la mise en place d'un processus de gestion humaine et de gestion du changement.

Risques

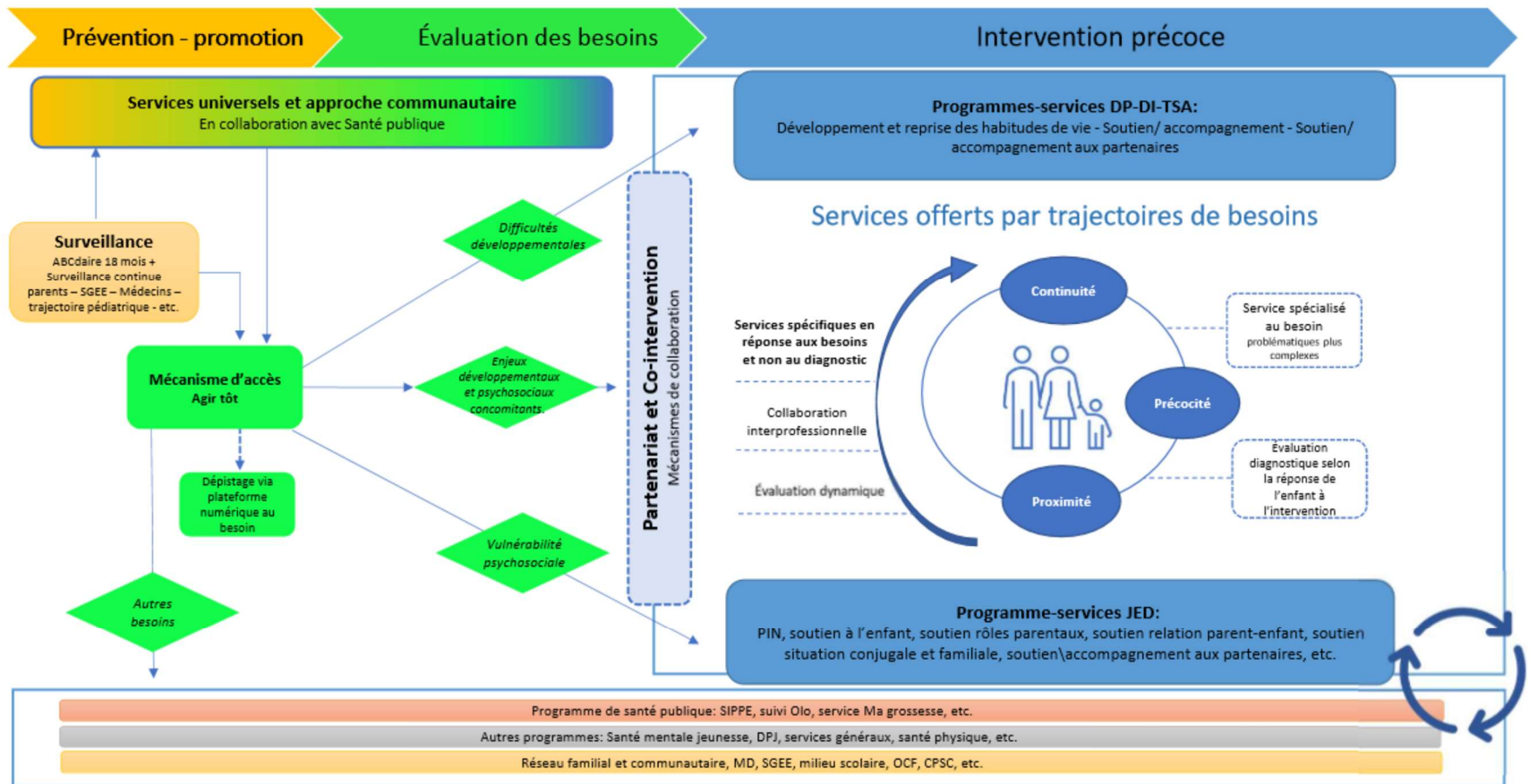
1. Court échéancier.
2. L'intégration des services pour les régions de Montréal et Montérégie et leur réalité d'organisation de services représente un défi et nécessitera des travaux importants; et un soutien adéquat sera essentiel. Il est recommandé de valider les l'échéancier pour ces deux régions.
3. Gestion du changement.
4. Systèmes d'information clientèle qui ne communiquent pas freinent la continuité des services.

RÉSULTATS

La trajectoire de services du programme Agir tôt est améliorée et harmonisée dans l'ensemble de la province d'ici janvier 2024.

1. La gestion du programme est efficace et optimisée.
2. Les services sont accessibles et offerts précocement et ce, dès que des besoins sont identifiés.
3. Les services sont fluides et continus.
4. Les services offerts sont variés et ajustés aux besoins des enfants.
5. Les services et les équipes sont intégrés en fonction des orientations du MSSS

Trajectoire Agir tôt



Repères pour orienter vers le dépistage ou les services Agir tôt

Le dépistage est un moyen pouvant soutenir l'analyse des besoins de l'enfant et sa famille, mais il n'est pas requis ou pertinent dans toutes les situations. L'analyse de la part d'un intervenant de l'équipe Agir tôt 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 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 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 sa famille;
- des informations disponibles sur l'enfant et sa famille (ex. : rapports, notes évolutives, dépistage antérieur, âge de l'enfant...)
- 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 Inuits, 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 sa famille dans sa globalité. Il doit 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 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 au niveau de la nutrition, plagiocéphalie, enfants qui ne marchent pas...) nécessitant une intervention immédiate d'un professionnel.	<ul style="list-style-type: none"> • Physiothérapie • Nutrition • Ergothérapie <p><i>*Une référence vers le dépistage pourrait être faite en même temps ou ultérieurement, selon la situation.</i></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 pas à risque (ex : un jalon non atteint, absence de préoccupations parentales et absence de facteurs de risques)	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite de la surveillance par les parents ou surveillance active² lorsqu'indiquée. • Orientation vers des services offerts dans la communauté (ex. : Atelier à la Maison de la famille du quartier).
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.	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite de la surveillance ou surveillance active lorsqu'indiquée. • Orientation vers des services offerts dans la communauté (ex. : Atelier à la Maison de la famille du quartier). <p><i>* 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.</i></p>
Enfant ayant bénéficié d'un dépistage ou d'une évaluation professionnelle récent (e) qui brosse un portrait global de son développement ou qui permet de déterminer l'orientation de l'enfant vers le bon service.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation vers les services requis à la lumière des informations disponibles.
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.)	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation vers les services en DP-DI-TSA.

² 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>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><i>* 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.</i></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><i>*Tenir compte de la date réseau dans la priorisation de la demande.</i></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 : comportements problématiques de l'enfant ou liés à un évènement déclencheur (ex. : transition, déménagement, naissance, fratrie...) • 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 référence simultanée vers le dépistage peut être réalisée si pertinent selon l'analyse de la situation (présence de préoccupation au niveau du développement) <p><i>* 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.</i></p>

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

ANNEXE 4 : MODÈLE DE SOINS PAR ÉTAPES

Le continuum de services pour le programme Agir tôt est construit selon un modèle multiniveau visant à assurer à l'enfant et sa famille l'accès au bon service, au bon moment, au bon endroit et avec le niveau d'expertise approprié, tel qu'illustré à la figure 6.

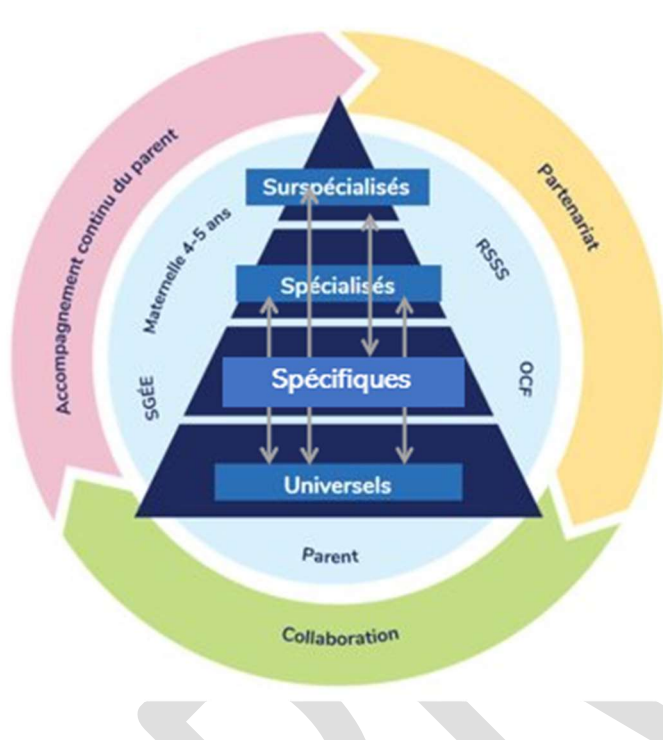


Figure 1. Modèle de services proposé pour l'implantation du programme Agir tôt

Ce type de modèle préconise que les services recommandés soient les moins intrusifs et les plus efficaces possibles en fonction des caractéristiques et des besoins présents chez l'enfant et sa famille. Lorsque la situation de l'enfant l'exige, les services sont gradués afin d'offrir une plus grande individualisation ainsi qu'une expertise de plus en plus spécialisée. Les différents niveaux devraient s'intégrer avec fluidité à l'intérieur d'un parcours de services pour faciliter le cheminement de l'enfant et de sa famille entre les niveaux de services et éviter de créer des barrières et des bris de continuité entre les types de services requis.

Concrètement, pour le programme Agir tôt, quatre niveaux de services sont proposés : universels, spécifiques, spécialisés et surspécialisés. Le cheminement clinique proposé n'est pas linéaire, ce qui signifie qu'un enfant et sa famille n'ont pas à passer successivement par l'ensemble des étapes afin de bénéficier des services dont ils ont besoin. Aussi, les divers niveaux de services ne sont pas mutuellement exclusifs. Cela exige que l'ensemble des acteurs et des équipes concernés travaille de manière concertée et dans une perspective de soutien, de complémentarité et de transfert d'expertise.

Les services à offrir sont déterminés par une analyse des besoins qui tient compte des éléments suivants :

- l'intensité et de la persistance des difficultés;
- l'altération du fonctionnement de l'enfant et les impacts sur la famille;
- les facteurs de risque et de protection présents chez l'enfant et sa famille;
- la complexité de la situation clinique et organisationnelle;
- le risque de rupture d'équilibre et de fonctionnement pour l'enfant et sa famille (par exemple, le retrait du SGEE ou de l'école, le placement hors de la famille, etc.);
- la réponse aux interventions et aux services offerts (progrès, évolution).

Les services sont adaptés selon l'évolution et la réponse aux interventions données. C'est en documentant l'évolution de l'enfant de manière continue, en lien avec un objectif fonctionnel donné, que les intervenantes peuvent effectuer le suivi de la réponse à l'intervention (RAI) et s'y ajuster. De cette façon, il est possible de modifier rapidement les modalités et le niveau des services offerts. Ainsi, à la suite d'une évaluation sommaire initiale, l'intervention peut débuter rapidement et, en cohérence avec le principe d'évaluation dynamique, l'évaluation peut être approfondie en se poursuivant tout au long de l'épisode de services au besoin. 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.

En plus de s'appuyer sur différents documents officiels tels que les cadres de référence et les plans d'action ministériels³, les modalités d'intervention aux différents niveaux de services doivent être inspirées des meilleures pratiques en intervention précoce. En ce sens, elles doivent tenir compte à la fois des informations disponibles dans la littérature scientifique, mais aussi des caractéristiques de l'enfant, de sa famille et du territoire, ainsi que de l'expertise des intervenantes.

³ Consulter la bibliographie pour la liste complète.
2023-06-15