

GRILLE D'ANALYSE DES **BESOINS DES FAMILLES SUIVIES DANS LES SIPPE¹**

Objectifs de la grille²

- Susciter la participation des parents à l'analyse de leurs besoins et ceux de leurs enfants
- Soutenir les parents et les intervenants³ dans l'analyse approfondie et en continu des besoins des familles
- Faciliter la priorisation des besoins à inclure dans le plan d'intervention (PI) ou le plan de services individualisé (PSI) des familles

Avec qui la remplir?

La grille est remplie avec les parents. Si cela est impossible, elle est remplie avec le parent qui est le plus présent dans la vie de l'enfant.

D'autres personnes qui sont présentes de manière significative dans la vie de l'enfant et susceptibles de répondre à ses besoins devraient aussi participer aux échanges, sans nécessairement remplir la grille.

Quand l'utiliser ?

L'Arbre de soutien à la décision pour le choix du bon service selon les besoins (MSSS, 2019) précise que la grille d'analyse des besoins doit être utilisée à trois moments dans le processus d'accompagnement des SIPPE, soit :

1. au début du suivi, après avoir déterminé l'admissibilité aux SIPPE;
2. en cours de suivi;
3. au moment de la réévaluation de l'admissibilité aux SIPPE.

1. La grille d'analyse des besoins est utilisée lors de l'accompagnement des familles au sein des SIPPE, en complément des Balises de l'intervention (MSSS, 2019) et des différents guides de pratiques SIPPE.

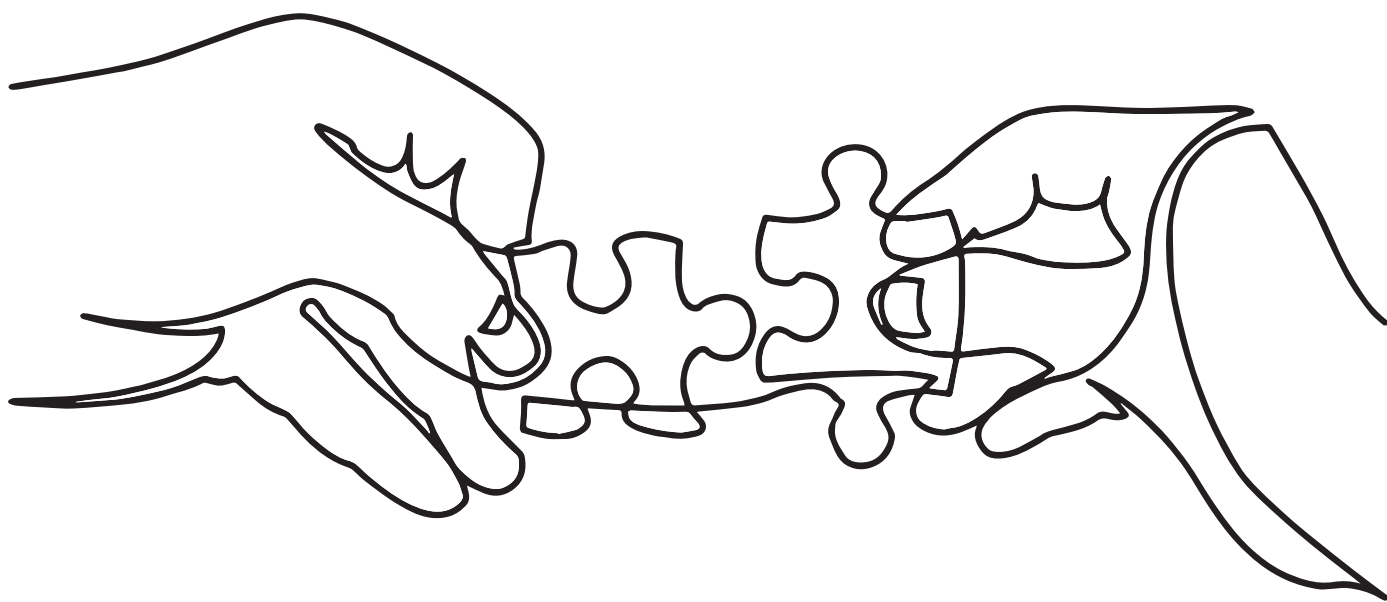
2. La passation de la grille ne constitue pas une activité d'évaluation susceptible d'être qualifiée d'activité réservée par le Code des professions du Québec.

3. Étant donné que la majorité des personnes qui interviennent dans le cadre des SIPPE s'identifient comme femme, le féminin est utilisé pour alléger le texte. Le mot « intervenante » désigne toute personne qui intervient dans les SIPPE.

Avec une approche participative

L'analyse des besoins est réalisée en faisant appel à une approche participative, qui encourage un dialogue égalitaire entre les parents et l'intervenante. Une telle approche permet notamment :

- de développer et maintenir un lien de confiance;
- de reconnaître les compétences, les efforts et les réussites des familles;
- d'être à l'écoute des besoins et des réalités spécifiques de chacune des familles, notamment en faisant preuve de sensibilité culturelle;
- de porter une attention particulière aux besoins et au rôle des pères et d'utiliser des stratégies pour favoriser leur implication;
- d'entreprendre une co-construction, parents-intervenantes, dans l'analyse des besoins des familles et l'élaboration du PI du PSI;
- de disposer d'un temps privilégié pour accueillir, dans le respect, les écarts de perception entre les parents et l'intervenante en ce qui concerne les besoins et pour convenir des besoins à prioriser dans l'intervention;
- d'accompagner les parents dans leur recherche de solutions et dans les défis qu'ils rencontrent.

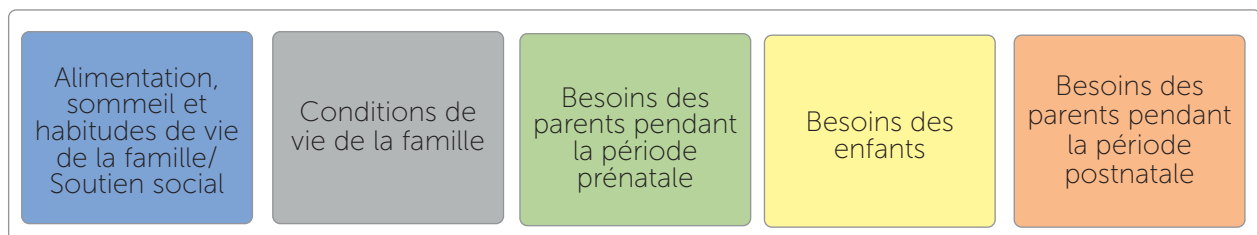


Comment la remplir ?




- La grille est remplie par l'intervenante avec les parents.
- Celle-ci fait preuve de souplesse lors de la passation de la grille :
 - Elle adapte l'ordre des questions, selon ce qui semble le plus important à aborder pour les parents et ce que lui indique son jugement clinique. Par exemple, elle peut choisir de ne pas poser une question et y revenir au moment opportun. Aussi, elle peut éviter de poser une question si elle a déjà obtenu l'information recherchée lors d'une question précédente.
 - Elle adapte le rythme de passation selon la situation du moment (ex. : présence d'enfants, disponibilité émotionnelle des parents).
 - Elle vulgarise les questions pour s'assurer que les parents en comprennent bien le sens. Elle précise aux parents qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.
 - Elle invite chacun des parents à répondre sommairement à chacune des questions, et elle encercle l'image qui correspond le plus à la perception de leur besoin. Elle utilise l'espace prévu pour indiquer en quelques mots l'essentiel à retenir de l'échange.
 - Elle accepte que certaines questions n'obtiennent pas de réponse ou que les parents ne veuillent pas y répondre.
- La grille peut être remplie lors de plusieurs visites à domicile (environ trois rencontres).
- La grille peut être utilisée par plus d'une intervenante SIPPE (équipe interdisciplinaire). Toute l'information concernant une famille est indiquée dans la même grille. L'équipe SIPPE est donc invitée à se concerter pour déterminer la démarche qu'elle désire adopter.
- L'analyse des besoins se fait en continu. La grille est utilisée à divers moments dans le processus des SIPPE.
- Les informations recueillies lors de l'analyse des besoins sont consignées au dossier des parents pour respecter les règles liées à l'accès à l'information et à la protection des renseignements personnels.

Présentation de la grille

La grille d'analyse des besoins des familles se divise en cinq sections.



Nom et prénom de l'utilisateur : Numéro de dossier : Date de naissance de l'utilisateur : **ALIMENTATION, SOMMEIL ET HABITUDES DE VIE DE LA FAMILLE**

Questions	Besoins de la famille Encerclez la réponse des parents et notez en quelques mots les besoins discutés.
Alimentation	
Que pensez-vous de votre alimentation (qualité, accessibilité, disponibilité, stabilité, déroulement des repas, améliorations à apporter) et de celle de votre famille?	
Suppléments (multivitamines, acide folique, autres) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous accès à une épicerie à proximité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous l'habitude de cuisiner les repas? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Aimeriez-vous apprendre quelques trucs en cuisine? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sommeil	
Comment est votre sommeil (ex. : bon sommeil, difficulté à s'endormir, réveils fréquents, somnolence, besoin de faire des siestes). Celui du père ou de votre conjoint(e)?	
Comment est le sommeil de votre enfant (pleure, refuse de rester couché, nombre d'heures, habitude de faire des siestes)?	
Habitudes de vie	
Faites-vous des activités physiques (fréquence, types d'activités, effets)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Quelles sont vos habitudes de consommation de cigarettes/vapotage, d'alcool, de drogues, de jeux et d'écrans (inquiétudes et conséquences sur votre vie et rôle de parent)?	
Êtes-vous inquiète au sujet des habitudes de consommation de cigarettes/vapotage, d'alcool, de drogues, de jeux et d'écrans du père de l'enfant ou de votre conjoint(e) (inquiétudes et conséquences sur sa vie et son rôle de parent)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Lorsque requis, utilisez cet espace pour ajouter des précisions sur les besoins du père de l'enfant ou du/de la conjoint(e) concernant l'alimentation, le sommeil et les habitudes de vie.	

Personnes présentes :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :
Date de passation :	
Remplie par :	

Nom et prénom de l'utilisateur : Numéro de dossier : Date de naissance de l'utilisateur : **SOUTIEN SOCIAL**

Avez-vous des personnes ou des ressources dans votre entourage qui vous apportent du soutien social?

 Oui Non

Remplir le tableau suivant en indiquant :

- les personnes les plus significatives avec qui vous entretenez des liens (ex. : famille, amis, intervenants);
- la qualité des liens existants avec ces personnes sur une échelle de 1 à 10, 1 étant un lien très faible et 10 un lien très fort;
- le nom des ressources ou des organismes de votre communauté qui vous apportent du soutien;
- le type de soutien reçu (une même personne/ressource peut apporter plus d'un type de soutien) : 1) soutien émotionnel (écoute, réconfort, etc.), 2) conseils et informations pour soi ou pour l'enfant, 3) aide concrète, entraide (échange de services), assistance physique (repas, ménage), 4) accompagnement, 5) répit-gardiennage, 6) socialisation, loisirs, 7) autres (précisez).

Personnes significatives (prénom)	Qualité des liens (1 à 10)	Type(s) de soutien	Ressources ou organismes impliqués, le cas échéant	Type(s) de soutien
Comment va la relation avec le père de l'enfant ou votre conjoint(e)?				

Lorsque requis, utilisez cet espace pour ajouter des précisions sur les besoins du père de l'enfant ou du/de la conjointe concernant le soutien social.

BESOINS PRIORITAIRES – ALIMENTATION, SOMMEIL, HABITUDES DE VIE/SOUTIEN SOCIAL

Questions	Perception de chacun des parents	Perception de l'intervenante
Qu'est-ce qui vous semble le plus positif concernant l'alimentation, le sommeil, les habitudes de vie et le soutien social de votre famille (forces, compétences, habiletés)?		
Qu'est-ce qui vous inquiète le plus concernant l'alimentation, le sommeil, les habitudes de vie et le soutien social de votre famille (difficultés)?		
Sur quels aspects souhaitez-vous être aidé en ce qui concerne l'alimentation, le sommeil, les habitudes de vie et le soutien social de votre famille?		

Personnes présentes : Mère Père Autre :

Date de passation :

Remplie par :

Nom et prénom de l'utilisateur :

Numéro de dossier :

Date de naissance de l'utilisateur :

CONDITIONS DE VIE DE LA FAMILLE

Questions	Besoins de la famille
Encercler la réponse des parents et notez en quelques mots les besoins discutés.	

Revenus et besoins de base

Vos revenus actuels vous permettent-ils de répondre aux besoins de base de votre famille (ex. : logement, alimentation, vêtements, services essentiels, accessoires nécessaires aux soins de l'enfant)?	
---	--

Sécurité alimentaire

Avez-vous recours à des banques alimentaires? Si oui, à quelle fréquence? Si non, pourquoi?	
---	--

Logement

Avez-vous tout ce qu'il vous faut pour votre logement (ex. : meubles, poêle, réfrigérateur, service d'électricité)?	
---	--

Êtes-vous inquiet en ce qui concerne la salubrité de votre logement (ex. : infiltration d'eau, présence de moisissures ou champignons, odeurs nauséabondes, infestation d'insectes, présence de rongeurs, animaux)?	
---	--

Êtes-vous inquiet en ce qui concerne la sécurité de votre logement (ex. : conformité du lit de l'enfant, présence de produits et d'objets dangereux) ou de votre quartier?	
--	--

Moyens de transport

Avez-vous accès à un ou des moyens de transport (ex. : moyen, horaire, coût)? Si oui, lesquels?	
<input type="checkbox"/> Vélo <input type="checkbox"/> Train <input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Autobus/métro Si non, comment vous déplacez-vous?	

Emploi/Études

Occupez-vous un emploi actuellement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Saisonnier	Êtes-vous aux études ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Saisonnier
---	--

Lorsque requis, utilisez cet espace pour ajouter des précisions sur les besoins du père de l'enfant ou du/de la conjoint(e) concernant les conditions de vie.

Personnes présentes :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :
Date de passation :	
Remplie par :	

Nom et prénom de l'utilisateur : Numéro de dossier : Date de naissance de l'utilisateur : **BESOINS PRIORITAIRES – CONDITIONS DE VIE DE LA FAMILLE**

Questions	Perception de chacun des parents	Perception de l'intervenante
Qu'est-ce qui vous semble le plus positif concernant les conditions de vie de votre famille (forces, compétences, habiletés)?		
Qu'est-ce qui vous inquiète le plus concernant les conditions de vie de votre famille (difficultés)?		
Sur quels aspects souhaitez-vous être aidé en ce qui concerne les conditions de vie de votre famille?		

Personnes présentes :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :
Date de passation :	
Remplie par :	

Nom et prénom de l'utilisateur :

Numéro de dossier :

Date de naissance de l'utilisateur :

BESOINS DES PARENTS PENDANT LA PÉRIODE PRÉNATALE

Questions	Besoins des parents Encerclez la réponse des parents et notez en quelques mots les besoins discutés.
-----------	---

Vécu de grossesse, préparation à l'accouchement et à l'arrivée du bébé

Comment vous êtes-vous sentie au moment où vous avez su que vous alliez avoir un bébé?	
Comment va votre grossesse?	
Comment vous préparez-vous à l'accouchement (ex. : informations générales, rencontres prénatales, garde des enfants, échanges avec des parents ou des femmes enceintes, etc.)?	
Qui pourra vous aider lors de l'accouchement et de votre retour à la maison?	
Avez-vous tout ce qu'il vous faut pour l'arrivée du bébé (ex. : matériel et accessoires, tels que le lit de bébé, la poussette et les vêtements)?	
Comment prévoyez-vous nourrir votre bébé? <input type="checkbox"/> Allaitement exclusif <input type="checkbox"/> Allaitement mixte <input type="checkbox"/> Préparation commerciale pour nourrisson	
Comment voyez-vous l'arrivée d'un enfant dans votre vie aujourd'hui (attentes (ex. : santé, sexe, tempérament), connaissances/habilités comme parent (confiant/moins confiant)?	

Lorsque requis, utilisez cet espace pour ajouter des précisions sur les besoins du père de l'enfant ou du/de la conjoint (e) concernant la période prénatale.

Personnes présentes :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :
Date de passation :	<input type="text"/>
Remplie par :	<input type="text"/>

Nom et prénom de l'utilisateur : Numéro de dossier : Date de naissance de l'utilisateur : **BESOINS PRIORITAIRES – BESOINS DES PARENTS PENDANT LA PÉRIODE PRÉNATALE**

Questions	Perception de chacun des parents	Perception de l'intervenante
Qu'est-ce qui vous semble le plus positif concernant vos besoins au cours de la période actuelle (forces, compétences, habiletés)?		
Qu'est-ce qui vous inquiète le plus concernant vos besoins au cours de la période actuelle (difficultés)?		
Sur quels aspects souhaitez-vous être aidé en ce qui concerne vos besoins au cours de la période actuelle?		

Personnes présentes :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :
Date de passation :	
Remplie par :	

Nom et prénom de l'utilisateur : Numéro de dossier : Date de naissance de l'utilisateur : **BESOINS DES ENFANTS**

Des questions supplémentaires sur les besoins des enfants sont proposées dans le document Pour aller plus loin, p. 4. Nous vous invitons à les consulter.

Pour chacune des questions, considérez également les besoins des autres enfants de la famille lorsque pertinent.

Questions	Besoins des enfants Notez en quelques mots les besoins discutés.
Parlez-moi de votre relation avec votre enfant (ex. : contacts, réconfort, attention, réponse aux besoins, qualité des interactions/attachement, etc.).	
Que faites-vous pour le réconforter (ex. : lui parler, l'écouter, le prendre dans ses bras)?	
Parlez-moi de la relation que votre enfant a avec son père ou votre conjoint(e) (ex. : contacts, réconfort, attention, réponse aux besoins, qualité des interactions/attachement, etc.).	
Que faites-vous comme activités ou jeux avec votre enfant?	
Comment votre enfant communique-t-il (pleurs, sourires, mots, phrases, gestes, etc.)?	
Comment votre enfant agit-il lorsqu'il est avec d'autres enfants ou des adultes autres que vous?	
Comment votre enfant exprime-t-il ses émotions?	

Lorsque requis, utilisez cet espace pour ajouter des précisions sur les besoins du père de l'enfant ou du/de la conjoint(e) concernant son rôle dans la réponse aux besoins de l'enfant.

Personnes présentes : Mère Père Autre :

Date de passation :

Remplie par :

Nom et prénom de l'utilisateur : Numéro de dossier : Date de naissance de l'utilisateur : **BESOINS PRIORITAIRES – BESOINS DES ENFANTS**

Questions	Perception de chacun des parents	Perception de l'intervenante
Qu'est-ce qui vous semble le plus positif concernant votre enfant (forces, compétences, habiletés)?		
Qu'est-ce qui vous inquiète le plus concernant votre enfant (difficultés)?		
Sur quels aspects souhaitez-vous être aidé en ce qui concerne les besoins de votre enfant?		

Personnes présentes :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :
Date de passation :	
Remplie par :	

Nom et prénom de l'utilisateur : Numéro de dossier : Date de naissance de l'utilisateur : **BESOINS DES PARENTS PENDANT LA PÉRIODE POSTNATALE**

Questions		Besoins des parents
		Encerclez la réponse des parents et notez en quelques mots les besoins discutés.
Si c'est la première fois que vous rencontrez les parents depuis l'accouchement. Comment s'est passé l'accouchement?		
Depuis votre retour à la maison, comment cela se passe-t-il avec :	votre bébé?	
	le père de l'enfant ou votre conjoint(e) ?	
	les autres enfants de la famille?	
Comment se passe l'alimentation du bébé (allaitement, boires ou repas selon l'âge du bébé)?		
Comment se passent le bain et les autres soins d'hygiène du bébé (changement de couches, brossage des dents, autre)?		
Avez-vous l'impression d'avoir les connaissances et les habiletés pour jouer votre rôle de parent?		
Considérez-vous avoir les mêmes façons d'élever votre enfant que le père de l'enfant ou votre conjoint(e)?		
Êtes-vous satisfait(e) du partage des tâches et des soins à l'enfant avec le père de l'enfant ou votre conjoint(e) : tâches ménagères (ménage, lessive, vaisselle, etc.) et quotidiennes (épicerie, transport, rendez-vous médicaux, etc.), soins à l'enfant (bains, repas, routine du coucher, etc.)?		
Lorsque requis, utilisez cet espace pour ajouter des précisions sur les besoins du père de l'enfant ou du/de la conjoint(e) concernant la période postnatale.		

Personnes présentes : Mère Père Autre :

Date de passation :

Remplie par :

Nom et prénom de l'utilisateur : Numéro de dossier : Date de naissance de l'utilisateur : **BESOINS PRIORITAIRES – BESOINS DES PARENTS PENDANT LA PÉRIODE POSTNATALE**

Questions	Perception de chacun des parents	Perception de l'intervenante
Qu'est-ce qui vous semble le plus positif concernant vos besoins au cours de la période actuelle (forces, compétences, habiletés)?		
Qu'est-ce qui vous inquiète le plus concernant vos besoins au cours de la période actuelle (difficultés)?		
Sur quels aspects souhaitez-vous être aidé en ce qui concerne vos besoins au cours de la période actuelle?		

Personnes présentes :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :
Date de passation :	
Remplie par :	

Nom et prénom de l'utilisateur : Numéro de dossier : Date de naissance de l'utilisateur : **SYNTHÈSE DES BESOINS PRIORITAIRES ÉLABORÉE AVEC LA FAMILLE⁴****SYNTHÈSE DES BESOINS PRIORITAIRES POUR L'ÉLABORATION DU PI****Aspects les plus importants pour lesquels de l'aide est souhaitée**

- Rappelez aux parents les éléments qui ont été discutés dans les sections précédentes (alimentation, sommeil, habitudes de vie et soutien social, p. 4 et 5; conditions de vie de la famille, p. 5 et 6; besoins pendant la période prénatale, p. 8 et 9; besoins des enfants, p. 10 et 11; besoins pendant la période postnatale, p. 12 et 13) ainsi que les besoins pour lesquels ils souhaitent être aidés.
- Convenir avec les parents des besoins à inclure dans le PI.

Personnes présentes :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :
Date de passation :	
Remplie par :	

4. La synthèse vise à faciliter la priorisation des besoins à inclure dans le plan d'intervention (PI) ou dans le plan de services individualisé (PSI).

Nom et prénom de l'utilisateur : Numéro de dossier : Date de naissance de l'utilisateur : **Arbre de soutien à la décision pour le choix du bon service selon les besoins (MSSS, 2019)**

Est-ce que l'analyse des besoins confirme la nécessité d'un accompagnement des SIPPE ou l'importance de poursuivre le suivi?

 Oui Oui, mais Co-intervention Non

Si non, vers quel(s) service(s) la famille est-elle orientée?

- Équipe Jeunes en difficulté (ex. : programme négligence ou autre service)
- Équipe santé mentale adulte
- Équipe santé mentale jeunesse
- Services dépendance
- Services DI-TSA
- Services DP
- Autre(s): _____

Précisez la nécessité de la co-intervention ou de la référence vers d'autres services.

Domaine(s) d'intervention (MSSS, 2019)

Précisez, s'il y a lieu, le ou les domaines d'intervention concernés par les besoins priorités.

- Attachement sécurisant et interactions parent-enfant (réponse émotionnelle positive à la grossesse et à l'enfant à venir, stades de développement du fœtus, préparation au travail et à l'accouchement, préparation à l'allaitement, interprétation et réponse appropriées aux signaux de l'enfant, contacts physiques chaleureux, discipline positive, interactions souples et adaptées, empathie, sourires, proximité physique)
- Besoins de base, soins médicaux et santé préventive (soins médicaux, ressources pouvant combler les besoins de base, saines habitudes de vie, planification des naissances, services de santé préventifs)
- Développement de l'enfant (sphères de développement, environnement familial sécuritaire, activités de développement)
- Réseau de soutien (disponibilité du réseau, qualité des relations)

Personnes présentes : Mère Père Autre :

Date de passation :

Remplie par :