



**Optimisation des services  
intégrés en périnatalité  
et pour la petite enfance  
(SIPPE) à l'intention des  
familles vivant en contexte  
de vulnérabilité**

RAPPORT DU COMITÉ CONSEIL  
POST-CHANTIERS SUR LES SIPPE  
DÉPOSÉ AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SERVICES SOCIAUX

SEPTEMBRE 2011

## ÉQUIPE DE RÉDACTION

Le présent rapport a été rédigé par le comité conseil post-chantiers sur les SIPPE.

**Louise Therrien**, rédactrice en chef

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique

**Louise April**

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services sociaux

**Luce Bordeleau**

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique

**Sandra Brassard**

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de l'organisation des services

**Irma Clapperton**

Agences de la santé et des services sociaux de Montréal et de l'Estrie, Direction de santé publique

**Liane Comeau**

Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés

**Laurence Le Hénaff**

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique

Avec la collaboration de :

**Marie-Josée Larochelle**

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services sociaux

Le présent rapport ne lie pas le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne constitue pas ses orientations. Il représente l'opinion des membres du comité conseil post-chantiers sur les SIPPE. Son contenu n'engage que ses auteurs.

Édition :

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

Le présent document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : **[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)** section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-63138-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

## REMERCIEMENTS

---

Nous remercions, pour leurs judicieux conseils, le comité directeur de gestion des SIPPE, composé de gestionnaires responsables des SIPPE : Michel Beauchemin, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ; Claire Giguère, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie ; Marthe Hamel, Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux ; Johanne Laverdure, Direction du développement des individus et des communautés de l'Institut national de santé publique du Québec ; Chantal Maltais, Direction générale des services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux ; Chantal-Anne Moreau, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean ; Lynda Périgny, Direction de l'organisation des services de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie ; Francine Trickey, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Merci à Lilianne Bertrand et à France Laverdière qui, dans le cadre des fonctions qu'elles ont exercées antérieurement à titre de gestionnaires responsables des SIPPE au ministère de la Santé et des Services sociaux, ont été les instigatrices des chantiers SIPPE. Merci aussi à Réal Castonguay, de la Direction de l'organisation des services de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord ainsi qu'à Annik Leblanc, Mona Mercier et Geneviève Poirier de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux pour leur contribution.

Nos remerciements s'adressent également au ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'aux directions de santé publique des agences de la santé et des services sociaux de Montréal, de la Capitale-Nationale et de l'Estrie, qui ont coordonné la réalisation d'un chantier, de même qu'à l'Institut national de santé publique du Québec pour son apport à la mise à jour des connaissances. Enfin, nous désirons remercier tant les gestionnaires que les professionnels des agences de la santé et des services sociaux, ceux des centres de santé et de services sociaux ainsi que leurs partenaires – soit la Table de concertation nationale en promotion et prévention, la Table de coordination nationale en santé publique et le Comité de coordination des services sociaux – pour leur collaboration à la réalisation des chantiers sur l'optimisation des SIPPE.



## **TABLE DES MATIÈRES**

---

CONTEXTE .....	1
MANDAT DU COMITÉ CONSEIL SUR LES SIPPE ET DÉMARCHE RETENUE .....	2
DESCRIPTION DES SIPPE.....	2
SURVOL DE L'ENVIRONNEMENT DES SIPPE .....	4
CHEMIN PARCOURU : LES ACQUIS DES SIPPE.....	6
ÉVOLUTION DES NAISSANCES AU QUÉBEC.....	7
PRINCIPES DIRECTEURS POUR GUIDER L'OPTIMISATION DES SIPPE .....	8
ORIENTATIONS POUR L'OPTIMISATION DES SIPPE .....	9
1. Le continuum de services.....	10
2. Les critères d'admissibilité.....	12
3. La modulation des services offerts .....	13
4. Les modalités du soutien à la mise en œuvre et l'amélioration continue des services.....	23
CONCLUSION .....	27
BIBLIOGRAPHIE.....	28
ANNEXE : LISTE DES PRODUCTIONS ISSUES DES CHANTIERS SIPPE .....	29

## **LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

---

CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OLO	Œuf, lait, orange
PACE	Programme d'action communautaire pour les enfants
PCNP	Programme canadien de nutrition périnatale
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PSI	Plan de service individualisé
PSII	Plan de service individualisé intersectoriel
SDGEE	Service de garde éducatif à l'enfance
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

## CONTEXTE

---

Cinq chantiers ont été menés au cours des années 2008 à 2010 pour optimiser les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et assurer les bons services, aux bonnes personnes et au bon moment. Ces chantiers ont porté sur :

- 1) les services requis selon les profils des groupes cibles ;
- 2) le partenariat entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les services de garde éducatifs à l'enfance ;
- 3) les paramètres de l'intensité du suivi à offrir aux personnes bénéficiant du programme SIPPE ;
- 4) les interfaces entre les composantes des SIPPE « accompagnement des familles et soutien à la création d'environnements favorables au développement optimal des enfants », la stratégie de développement des communautés et d'autres actions intersectorielles ;
- 5) le suivi et l'évaluation des SIPPE.

Les agences de la santé et des services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont été étroitement associés à la réalisation de ces chantiers. Les directions de santé publique des agences de Montréal, de la Capitale-Nationale et de l'Estrie ont agi comme mandataires des chantiers 3, 4 et 5 respectivement, alors que le MSSS et l'INSPQ ont mené les travaux inhérents aux chantiers 1 et 2. Sauf pour deux des avis scientifiques produits par l'INSPQ, soit celui sur l'efficacité des interventions de type SIPPE en fonction de différents groupes cibles et celui sur la fidélisation des personnes bénéficiant des programmes de type SIPPE, chaque mandataire a constitué un groupe de soutien mettant à contribution des professionnels et des gestionnaires responsables des SIPPE dans plusieurs agences.

Le Comité directeur de gestion des SIPPE, composé des gestionnaires des SIPPE du MSSS et de quelques agences de la santé et des services sociaux auxquels s'ajoutent les deux professionnelles répondantes des SIPPE au MSSS, a été mis en place pour orienter et soutenir l'exercice de planification lié à l'organisation des chantiers et les productions afférentes. Un comité conseil, composé de ressources professionnelles affectées notamment aux SIPPE dans quelques agences, à l'INSPQ et au MSSS, a été créé en 2010. Le présent rapport est le fruit du travail de ce dernier comité.

## **MANDAT DU COMITÉ CONSEIL SUR LES SIPPE ET DÉMARCHE RETENUE**

---

Le comité conseil sur les SIPPE avait pour mandat de procéder à une analyse transversale des résultats et des recommandations découlant des chantiers sur les SIPPE, puis de compléter cette analyse à la lumière d'autres informations pertinentes sur l'environnement des SIPPE. Ses échanges post-chantiers – principalement avec le Comité directeur de gestion des SIPPE, la Table de concertation nationale en promotion et prévention, la Table de coordination nationale en santé publique, le Comité de coordination des services sociaux et les répondants régionaux des SIPPE dans les agences de la santé et des services sociaux – ont permis de soutenir sa réflexion.

Après un examen approfondi du matériel existant et des commentaires formulés par les instances précitées, dont les synthèses sont présentées sous le titre « Argumentaire » dans chacune des sections relatives aux orientations proposées, le comité conseil présente au MSSS les recommandations qui en découlent pour optimiser les SIPPE.

## **DESCRIPTION DES SIPPE**

---

En 2004, le MSSS a publié un cadre de référence sur les SIPPE à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ces services s'adressent aux femmes enceintes ou aux mères âgées de moins de 20 ans, à celles qui sont âgées de plus de 20 ans, mais qui vivent sous le seuil de faible revenu et qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires ou professionnelles ainsi qu'aux pères et aux enfants de 0 à 5 ans.

Les sources de référence au programme SIPPE sont principalement le médecin de famille, le personnel du service accueil-évaluation-orientation ou d'autres programmes du CSSS – par exemple la clinique prénatale et le programme OLO –, les organismes communautaires ou le bouche à oreille entre les familles. Les services sont offerts aux familles, dans toutes les régions du Québec, de la période prénatale jusqu'à l'entrée de l'enfant à l'école. Les CSSS en sont les principaux mandataires, tandis que les agences de la santé et des services sociaux ont la responsabilité de soutenir l'implantation et l'évaluation des services. Ceux-ci se traduisent par un accompagnement des familles s'actualisant principalement par des visites à domicile, des interventions de groupe, un soutien à des interventions éducatives précoces auprès des enfants (organisées principalement en collaboration avec les services de garde éducatifs à l'enfance), un accompagnement vers les ressources du milieu et une participation à des actions intersectorielles visant à créer des environnements favorables au développement optimal des enfants. La participation des familles au programme SIPPE repose sur un consentement libre et éclairé.



Toutes les composantes de ces services reposent sur la nécessité d'une intervention précoce, intensive, continue et adaptée aux besoins des familles en situation de vulnérabilité. Par ces services, on vise à favoriser le développement optimal des enfants de 0 à 5 ans et à soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle parental, à prévenir les problèmes d'abus, de négligence et de violence envers les enfants ainsi qu'à contribuer à l'amélioration des conditions de vie de ces familles.

Le programme OLO et le Programme canadien de nutrition périnatale (PCNP) sont mis en œuvre principalement dans le cadre des SIPPE. Le premier, piloté par la Fondation OLO, vise à contribuer à la naissance de bébés en santé en fournissant des aliments et des suppléments vitaminiques aux femmes enceintes défavorisées sur le plan socioéconomique ; le second, qui est une contribution du gouvernement canadien à la prestation des services à l'enfance et à la famille au Québec, accorde un financement complémentaire, principalement aux CSSS, au regard d'un suivi nutritionnel personnalisé.

Depuis 2004, les programmes *Soutien aux jeunes parents*, *Naître égaux – Grandir en santé* et *Soutien éducatif précoce aux enfants* ont été fusionnés pour devenir les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Précisons que le programme *Naître Égaux – Grandir en santé*, adapté d'un programme américain évalué par Olds *et al.*<sup>1</sup> au milieu des années 1980, a été expérimenté dans huit centres locaux de services communautaires (CLSC) de Montréal-Centre et deux CLSC de l'Abitibi-Témiscamingue au début des années 1990. Par la suite, il a été déployé dans le cadre des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* du MSSS. Quant au programme *Soutien aux jeunes parents*, qui avait les mêmes assises que le programme *Naître Égaux – Grandir en santé*, il est issu du Sommet du Québec et de la jeunesse tenu en février 2000.

---

1. D.L. OLDS *et al.*, « Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation », *Pediatrics*, vol. 78, n° 1, 1<sup>er</sup> juillet 1986, p. 65-78.

## SURVOL DE L'ENVIRONNEMENT DES SIPPE

---

Au Québec, les fournisseurs mandatés pour offrir des services à l'enfance et à la famille dans le secteur de la santé et des services sociaux sont principalement les 95 CSSS. Ils sont soutenus et accompagnés par les autorités régionales que sont les quinze agences de la santé et des services sociaux, le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, dans la région du Nord-du-Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, dans la région du Nunavik, ainsi que le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Les centres hospitaliers, les centres jeunesse, les groupes de médecine de famille ou les cliniques médicales privées, les centres de réadaptation en déficience physique et intellectuelle, les organismes communautaires et certains centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes offrent également des services à l'enfance et à la famille.

Les orientations du MSSS concernant la périnatalité et la petite enfance se retrouvent principalement dans les trois documents suivants : la *Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie*, le *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*, prolongé jusqu'en 2015, et les *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence*, publié en 2004. Elles s'actualisent dans l'esprit de la responsabilité populationnelle confiée aux CSSS à titre de mandataires des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Québec.

La Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c. P-34.1), en vigueur depuis 1979, mais dont les plus récents amendements datent de 2006, et les *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Programme-services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012*, reconduites jusqu'en 2015, apportent également des lignes directrices sur l'intervention touchant la périnatalité et la petite enfance.

Déoulant de l'offre de service 2007-2012 précitée, un programme d'intervention en négligence cible les parents et leurs enfants âgés de 0 à 12 ans à risque élevé au regard de la négligence. Il fait partie des mesures de la *Stratégie d'action jeunesse 2009-2014* du gouvernement du Québec ainsi que du *Plan stratégique 2010-2015* du MSSS. Il est actuellement en déploiement progressif dans les CSSS et devrait être offert dans toutes les régions et tous les territoires locaux d'ici 2015. Sa mise en œuvre est soutenue de diverses façons dans les régions. Les liens et la transition entre le programme SIPPE et le programme d'intervention en négligence font partie à la fois des préoccupations du MSSS et de celles des instances régionales. Tant que ce programme n'est pas implanté, la population visée continue à recevoir des services dans le cadre des programmes et des services existants.

Un projet intitulé *Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants 2011-2014* est en élaboration ; il vise à soutenir le développement des enfants de 0 à 5 ans, à mieux préparer leur entrée au premier cycle du primaire et à favoriser leur réussite scolaire. Ce projet met à contribution les trois ministères les plus directement concernés par le développement des enfants et leurs réseaux, soit le MSSS, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ainsi que le ministère de la Famille et des Aînés, auxquels s'ajoute l'organisme Avenir d'enfants, issu d'une initiative entre le gouvernement du Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon. L'Institut de la statistique du Québec et l'INSPQ apporteront également leur collaboration. Le projet comportera un volet enquête et un volet intervention qui sera alimenté par les résultats de l'enquête et d'autres informations concernant les milieux locaux ou leurs ressources. La première collecte des données d'enquête est prévue à l'hiver 2012 et sera effectuée ensuite à tous les cinq ans. Elle renseignera sur la proportion des enfants d'une communauté qui sont considérés comme vulnérables au regard de l'un ou l'autre des cinq domaines visés par l'instrument de mesure du développement de la petite enfance et servira à mobiliser les communautés en vue d'interventions concertées. Ces domaines sont les suivants :

- 1) santé physique et bien-être ;
- 2) compétence sociale ;
- 3) maturité affective ;
- 4) développement cognitif et langagier ;
- 5) habiletés de communication et connaissances générales.

Le soutien au développement des enfants en situation de pauvreté et à leur famille s'exerce donc par l'engagement de divers ministères et de leurs réseaux respectifs ainsi que par celui des partenaires des secteurs associatif, communautaire et privé à tous les paliers – national, régional et local. Le fonds Avenir d'enfants, créé en 2009, consacrera 400 millions de dollars sur une période de dix ans à la réalisation d'activités, de projets et d'initiatives qui contribueront au développement des enfants âgés de cinq ans et moins vivant en situation de pauvreté.

Le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE), qui est une autre contribution du gouvernement canadien à la prestation des services à l'enfance et à la famille au Québec, permet de soutenir financièrement divers projets proposés particulièrement par les organismes communautaires dans toutes les régions du Québec. Ce programme ainsi que le PCNP cité dans la description des SIPPE sont coordonnés par le comité de gestion mixte PACE-PCNP, présidé conjointement par l'Agence de la santé publique du Canada et le MSSS. Des tables de concertation intersectorielle sur la périnatalité et la petite enfance existent également dans toutes les régions et dans la majorité des territoires locaux. Plusieurs de ces tables élaborent des plans d'action régionaux ou locaux à partir d'une analyse des besoins des enfants et des familles. Certaines d'entre elles le font dans une perspective de développement des communautés.

Dans le but d'optimiser les services sociaux et de santé touchant la périnatalité et la petite enfance au Québec, il faut poursuivre les efforts pour favoriser des liens entre l'ensemble des mesures aux paliers local, régional et national. Cela implique non seulement de mieux connaître les ressources et les services existants, mais aussi de clarifier les rôles, les responsabilités et les collaborations ainsi que les paramètres de la reddition de comptes. La publication prévue en 2011, du troisième rapport d'appréciation du Commissaire à la santé et au bien-être portant sur la périnatalité et la petite enfance, devrait influencer positivement cette perspective.

## **CHEMIN PARCOURU : LES ACQUIS DES SIPPE**

---

Pour soutenir la mise en œuvre des SIPPE, le MSSS a publié trois guides d'intervention et un outil d'aide à la tâche<sup>2</sup> complémentaires au cadre de référence des SIPPE, lesquels ont été produits avec la collaboration de l'INSPQ et de quelques agences de la santé et des services sociaux. En complément à des activités de formation organisées par le MSSS, les agences accompagnent les CSSS par diverses stratégies de transfert et de maintien des compétences. La mise en place de mécanismes de concertation agence-CSSS, d'équipes de formateurs et de communautés de pratique sur les SIPPE, la supervision et le soutien cliniques ainsi que la production ou l'adaptation d'outils font partie des moyens utilisés, à géométrie variable dans les régions, pour structurer et soutenir plus concrètement l'intervention afin d'assurer l'utilisation et la pérennité des bonnes pratiques. L'expérience acquise en matière d'intervention auprès des familles en contexte de pauvreté fait aussi partie des bons coups.

Les CSSS établissent différentes formes de collaboration avec des organismes de la communauté, notamment pour les interventions de groupe auprès des familles et les activités de stimulation précoce auprès des enfants. Dans les régions actuellement sollicitées pour le déploiement du programme d'intervention en négligence, des collaborations existent ou sont en voie d'être définies en vue de préciser les liens avec les SIPPE et de convenir des moyens concrets pour soutenir et assurer tant la complémentarité que la continuité de l'intervention.

Un budget global annuel d'environ 44 millions de dollars est consacré à l'implantation du programme SIPPE. En 2009-2010, 69 % des femmes admissibles et ayant accouché dans l'année ont bénéficié de ces services, soit toutes les femmes de moins de 20 ans (environ 2 200 femmes) et un peu plus de la moitié des femmes de 20 ans et plus vivant sous le seuil de faible revenu et n'ayant pas de diplôme d'études secondaires ou professionnelles (environ 3 200 femmes), alors que la cible fixée pour cette année financière était de 80 %. Le pourcentage est resté sensiblement le même qu'en 2008-2009.

---

2. *Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an – L'attachement au cœur du développement du nourrisson* (2005), *Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente – Naître ici et venir d'ailleurs* (2007), *Guide d'intervention pour soutenir les pratiques parentales – Favoriser le développement des enfants âgés de 1 à 5 ans* (2009) et *L'attachement au cœur du développement du nourrisson : Outil d'aide à la tâche* (2007).

Certains CSSS doivent gérer une liste d'attente pour l'accès aux SIPPE, compte tenu des ressources disponibles. Les familles répondent majoritairement aux critères d'admissibilité tels qu'ils sont définis dans le cadre de référence des SIPPE et plusieurs d'entre elles bénéficient d'un suivi individualisé dès la douzième semaine de grossesse. L'un des défis est cependant d'accroître l'intensité et la durée des services offerts aux familles afin de maximiser les effets positifs du programme sur le développement des enfants.

Malgré les progrès rapportés et les efforts consentis pour améliorer l'implantation du programme, plusieurs difficultés subsistent. Elles ont été analysées dans le cadre des chantiers sur les SIPPE. Il faut toutefois mentionner que le processus de mise en œuvre est influencé par un ensemble de conditions organisationnelles et environnementales. Il est fréquent de devoir composer avec des contraintes, mais également avec des résistances inhérentes à tout processus de changement complexe comme celui des SIPPE. Ces difficultés et ces solutions sont présentées à la suite de chacune des orientations proposées.

## **ÉVOLUTION DES NAISSANCES AU QUÉBEC**

---

Selon les données et les analyses tirées du *Portrait social du Québec* publié par l'Institut de la Statistique du Québec en 2010<sup>3</sup>, le nombre de naissances a augmenté de plus de 20 % au Québec au cours de la dernière décennie. Près de 89 000 enfants sont nés en 2009, comparativement à 72 000 en 2000, et la fécondité est passée de moins de 1,5 enfant par femme en 2000 à plus de 1,7 en 2009. Parmi les enfants nés en 2009, 3 % ont une mère âgée de moins de 20 ans. En 2010, le nombre de naissances a diminué légèrement et la proportion des naissances de mères ayant moins de 20 ans se situe à 2,7 %.

Environ 10 % de toutes les femmes ayant accouché dans l'année 2009-2010 répondent aux critères d'admissibilité de base, définis dans le cadre de référence des SIPPE : avoir moins de 20 ans ou être âgée de 20 ans et plus et ne pas avoir de diplôme d'études secondaires ou professionnelles. Cette proportion ne tient pas compte du critère d'admissibilité « femmes de 20 ans et plus sous le seuil de faible revenu », également retenu dans le cadre de référence. Cela s'explique par le fait que le revenu n'est pas colligé dans le formulaire de déclaration de naissance ni, conséquemment, dans le registre des événements démographiques du Québec (fichier des naissances vivantes et des mortinaissances).

Toutefois, comme on peut le lire dans le *Portrait social du Québec*, il appert de façon générale que le revenu d'emploi augmente avec le niveau de scolarité. Ce constat permet d'avancer que la proportion estimée des femmes répondant aux critères du programme SIPPE est somme toute réaliste. Il importe cependant de préciser ici que la question sur le revenu est posée directement aux familles au moment de vérifier leur admissibilité au programme.

---

3. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Portrait social du Québec : Données et analyses – Édition 2010*, sous la coordination de Sylvie Rheault, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2010, 310 p.

## **PRINCIPES DIRECTEURS POUR GUIDER L'OPTIMISATION DES SIPPE**

---

Le cadre de référence des SIPPE s'appuie sur des bases théoriques qui ont été définies à partir de l'évaluation d'initiatives similaires adoptées ailleurs dans le monde. Les assises du modèle écologique des SIPPE demeurent ; elles sont centrées sur le développement optimal des enfants vivant en contexte de vulnérabilité, sur le soutien aux parents et le renforcement de leur potentiel, sur la participation et le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et de la communauté, sur l'organisation des services – dont les particularités sont, notamment, l'intervenante privilégiée, l'équipe multidisciplinaire travaillant en interdisciplinarité, le plan d'intervention et le plan de service individualisé – ainsi que sur la volonté de clarifier les liens entre les politiques publiques et de s'assurer de leur prise en compte.

Les principes directeurs qui suivent ont orienté la réflexion du comité conseil et les recommandations que ce dernier formule pour optimiser les SIPPE.

- Réaffirmer que le développement optimal des enfants de 0 à 5 ans vivant en contexte de vulnérabilité constitue la finalité des SIPPE.
- Contribuer à la réduction des inégalités sociales et de santé, particulièrement pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité.
- Tenir compte des besoins particuliers de la population visée, de l'âge des enfants et de la diversité des familles pour adapter les services offerts sans dénaturer le programme.
- Favoriser le pouvoir d'agir des familles au moment d'évaluer leurs besoins et de déterminer les services à leur offrir, à toutes les étapes du programme.
- Circonscrire les SIPPE dans l'axe relatif à la prévention du continuum de services à l'intention des enfants et de leurs familles, et améliorer l'accès et la qualité des SIPPE.
- Favoriser la mobilisation et la collaboration de tous les acteurs concernés par la petite enfance (CSSS et autres établissements de santé et de services sociaux, services de garde éducatifs à l'enfance, organismes de la communauté, médecins de famille, organismes philanthropiques et autres) pour une meilleure synergie, une plus grande complémentarité et une réelle continuité dans l'action en faveur du développement optimal des enfants.
- Soutenir les pratiques efficaces.
- S'assurer que les ressources nécessaires soient maintenues pour optimiser les SIPPE dans un continuum de services en périnatalité et pour la petite enfance.
- Rendre compte de la performance des SIPPE optimisés.

## **ORIENTATIONS POUR L'OPTIMISATION DES SIPPE**

---

Les quatre orientations proposées par le comité conseil pour optimiser les SIPPE sont :

1. Un continuum de services en périnatalité et pour la petite enfance :
  - 1.1. prenant ses assises tant sur la responsabilité populationnelle que sur une vision commune des besoins des enfants et de leur famille ;
  - 1.2. situant les SIPPE dans l'axe relatif à la prévention ;
  - 1.3. prenant en compte le soutien à l'exercice du rôle parental dans les interventions liées aux divers programmes du Ministère<sup>4</sup>.
2. Des critères d'admissibilité congruents à l'intervention populationnelle de nature préventive.
3. Une modulation des services en fonction de l'âge et des besoins des enfants et de leur famille.
4. Des modalités permettant de soutenir la mise en œuvre et l'amélioration continue des services.

Chacune des orientations est accompagnée d'un argumentaire basé sur les résultats des consultations régionales et des recensions d'écrits. Les consultations régionales consistent en des entrevues de groupe qui ont été menées dans le cadre des divers chantiers sur les SIPPE, avec la collaboration des agences de la santé et des services sociaux, principalement auprès de gestionnaires et d'intervenants des SIPPE dans les CSSS. La documentation scientifique récente, dont les références sont données en annexe, a également contribué à la formulation des orientations elles-mêmes et des recommandations. Précisons enfin que les recommandations sont numérotées en continu jusqu'à la fin de la section.

---

4. Ce sont les programmes suivants : Santé publique, Jeunes en difficulté, Services psychosociaux généraux, Dépendances, Santé mentale, Déficience intellectuelle, Déficience physique et Troubles envahissants du développement.

## **ORIENTATION 1**

### **1. UN CONTINUUM DE SERVICES EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE :**

**1.1 PRENANT SES ASSISES TANT SUR LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE QUE SUR UNE VISION COMMUNE DES BESOINS DES ENFANTS ET DE LEUR FAMILLE ;**

**1.2 SITUANT LES SIPPE DANS L'AXE RELATIF À LA PRÉVENTION ;**

**1.3 PRENANT EN COMPTE LE SOUTIEN À L'EXERCICE DU RÔLE PARENTAL DANS LES INTERVENTIONS LIÉES AUX DIVERS PROGRAMMES DU MINISTÈRE.**

## **ARGUMENTAIRE**

### **Profils des groupes cibles**

La consultation, faite en 2005-2006 dans l'ensemble des régions du Québec sur le projet de politique de périnatalité, a fait ressortir le besoin de recadrer l'offre globale des services touchant la périnatalité et la petite enfance, et ce, afin d'offrir les bons services, aux bonnes personnes et au bon moment. À l'occasion de leurs rencontres nationales, les répondants régionaux des SIPPE dans les agences de la santé et des services sociaux ont également indiqué qu'une intervention mieux adaptée était nécessaire pour les familles bénéficiant des SIPPE qui présentent des problèmes particuliers liés notamment à la santé mentale, à la dépendance, à la déficience intellectuelle, à la violence, à la maltraitance ou à la négligence. Ces constats ont permis non seulement de reconnaître l'importance de préciser la contribution et les limites des SIPPE pour mieux répondre aux besoins des groupes cibles, mais aussi de proposer des solutions appropriées pour assurer la continuité et la complémentarité des services.

Les consultations effectuées dans le cadre des chantiers sur les SIPPE ont montré qu'en plus de présenter les critères d'admissibilité de base, une proportion des personnes ayant bénéficié des SIPPE connaissaient un ou plusieurs problèmes particuliers. Des répondants ont souligné que les SIPPE permettaient d'offrir à des familles en difficulté des interventions d'une intensité qui n'existe pas dans d'autres programmes. Il ressort que cette situation pouvait nuire à l'accès aux SIPPE pour la population à risque ciblée. Enfin, il a été mentionné que des compétences professionnelles autres que celles qui sont liées à l'intervention de nature préventive étaient nécessaires pour intervenir de façon appropriée auprès des personnes aux prises, notamment, avec un problème de santé mentale ou de violence familiale.

Or, la documentation scientifique indique qu'un programme préventif de type SIPPE ne permet pas de répondre de façon efficace aux besoins des familles en difficulté. Les SIPPE ne doivent donc pas représenter un filet de sécurité pour toutes les situations complexes. Les familles en difficulté dont les parents ont, par exemple, un problème de santé mentale ou de dépendance ou dont les enfants ont un retard de développement, une déficience intellectuelle ou un autre handicap doivent être pris en charge selon leurs caractéristiques et leurs besoins et en fonction de la capacité des services à y répondre adéquatement.



La définition et la mise en place d'interventions adaptées pour les parents en difficulté et leur enfant sont incontournables si l'on veut assurer une réponse mieux appropriée à l'ensemble de leurs besoins, notamment au regard du développement de l'enfant, du soutien à l'exercice du rôle parental et des problèmes que ces adultes éprouvent.

### **Étape de l'analyse sommaire de la situation des familles : un préalable à l'orientation vers le bon programme**

Afin de répondre de façon appropriée aux besoins, il est impératif de bien comprendre les divers profils de la population à risque et de celle en difficulté. Afin d'orienter les familles vers les programmes et les services qui leur conviendront le mieux, il est indiqué d'effectuer une analyse sommaire de la situation des familles.

### **Trajectoires de services : continuité et complémentarité**

Force est de constater que, pour répondre aux besoins des enfants et de leur famille, l'intervention en silo est fragmentaire ; sur le plan des services, certains besoins sont peu ou pas pris en compte. Il s'avère donc essentiel d'avoir rapidement une meilleure connaissance des profils des groupes cibles et de clarifier non seulement les liens entre les programmes mais aussi les rôles, les responsabilités et les collaborations des acteurs ainsi que d'autres modalités relatives à la mise en œuvre du continuum de services. Il faut s'assurer de trajectoires de services permettant de répondre aux besoins des enfants et de leurs parents notamment ceux présentant des problèmes tels que santé mentale, dépendance, violence, maltraitance, négligence, déficience intellectuelle ou autre handicap. C'est dans cette logique que la responsabilité populationnelle et la notion de globalité (gamme de services continus et complémentaires) prennent tout leur sens, et que l'on peut arriver à mieux répondre à l'ensemble des besoins des enfants et de leur famille.

L'intervention doit être davantage centrée sur une vision commune des profils et des besoins des enfants et de leur famille ainsi que sur l'assurance de la continuité et de la complémentarité des divers programmes de première ligne, particulièrement entre les SIPPE et le programme d'intervention en négligence, des autres programmes de première ou de deuxième ligne (santé mentale ou dépendances, par exemple) ainsi que des services généraux et médicaux. Lorsqu'un doute subsiste quant à la possibilité que la sécurité ou le développement de l'enfant soient compromis, il est obligatoire de faire un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse et de s'assurer d'une collaboration immédiate entre le CSSS et cette direction.

### **RECOMMANDATIONS**

1. Assurer le déploiement d'un continuum de services en périnatalité et pour la petite enfance (promotion et protection de la santé, prévention, adaptation et réadaptation) offrant aux enfants et à leurs parents des services accessibles, continus et de qualité.
  - Situer les SIPPE dans l'axe relatif à la prévention de ce continuum.
  - Favoriser la mise en place de processus formels de collaboration à tous les paliers (local, régional et national).

2. Clarifier les liens entre le programme SIPPE et le programme d'intervention en négligence en vue de faciliter l'organisation des services en périnatalité et pour la petite enfance dans les CSSS.
  - Définir les profils de famille à risque et en difficulté.
  - Soutenir les agences de la santé et des services sociaux dans leur rôle de leader pour l'optimisation des trajectoires de services et la prise en compte du soutien à l'exercice du rôle parental dans les interventions des divers programmes.
  - Orienter les familles vers le bon programme.
    - › Suivre, à l'occasion du premier contact au CESS, une démarche systématique d'aide à la décision en ayant recours à une grille d'analyse sommaire de la situation des familles et à une brève description des programmes existants afin de déterminer lequel est le plus approprié aux besoins des enfants et des parents.
3. Avoir, au palier local, une vision commune tant des besoins des enfants et des parents que des trajectoires de services.
4. Éviter toute rupture de services lorsque les besoins évolutifs d'une famille requièrent d'autres types de services que ceux offerts par exemple, par le programme SIPPE.

## **ORIENTATION 2**

### **2. DES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ CONGRUENTS À L'INTERVENTION POPULATIONNELLE DE NATURE PRÉVENTIVE**

#### **ARGUMENTAIRE**

#### **Confusion entre les familles à risque et les familles en difficulté**

Il ressort de l'expérience relative à l'implantation des SIPPE qu'il existe une confusion concernant la population admissible, particulièrement entre les familles à risque et celles qui sont en difficulté. Ainsi, comme mentionné précédemment, des familles en difficulté bénéficient actuellement des SIPPE alors que ces services ne peuvent répondre à l'ensemble de leurs besoins, et ce, même si elles ont les critères d'admissibilité de base aux SIPPE.

#### **Critères d'admissibilité**

La littérature confirme la pertinence des critères d'admissibilité aux SIPPE, fondés sur des facteurs de risque dont l'association à la vulnérabilité est reconnue, soit la pauvreté et la sous-scolarisation. En effet, la présence de ces facteurs peut nuire à la qualité de la relation parent-enfant et au développement optimal de l'enfant, à court, moyen ou long terme. D'autres facteurs de risque sont cependant associés à un contexte de vulnérabilité ; le jeune âge de la mère, la monoparentalité, l'isolement social et le statut d'immigrant récent en font partie. Par ailleurs, certains facteurs de risque sont fortement corrélés. Selon les données du système d'information I-CLSC, en 2009-2010, 83 % des mères de moins de 20 ans suivies dans le cadre du programme SIPPE sont sous-scolarisées et vivent sous le seuil de faible revenu.

Lorsqu'il s'agit de déterminer l'admissibilité d'une famille à un programme, il importe de prendre en compte non seulement les critères de base, mais également les facteurs de risque remarqués au cours de l'analyse sommaire de la situation de la famille permettant d'orienter celle-ci vers le bon programme. Cette analyse doit cependant être complétée par une évaluation approfondie des besoins des enfants et de leur famille après l'admission à un programme comme les SIPPE.

Les caractéristiques de la population ciblée sont prédominantes pour l'admissibilité aux SIPPE. Le jugement clinique vient appuyer cette décision ; il permet de déterminer notamment si les SIPPE peuvent répondre aux besoins des familles, et ce, sans être dénaturés.

#### **RECOMMANDATIONS**

5. Sélectionner les familles selon les critères d'admissibilité de base : femme enceinte ou mère sous le seuil de faible revenu et sans diplôme d'études secondaires ou professionnelles.
6. Tenir compte, en complément aux critères d'admissibilité de base, d'autres facteurs de risque tout en s'assurant, à la lumière des observations cliniques, que les SIPPE, s'inscrivant dans l'axe relatif à la prévention du continuum de services, sont la réponse appropriée aux besoins des familles orientées vers ce programme.

#### **ORIENTATION 3**

##### **3. UNE MODULATION DES SERVICES EN FONCTION DE L'ÂGE ET DES BESOINS DES ENFANTS ET DE LEUR FAMILLE**

Il faut moduler l'ensemble des services en fonction de l'âge et des besoins des enfants et de leur famille en s'appuyant sur les pratiques reconnues efficaces afin que les interventions soient mieux adaptées à leurs besoins évolutifs. Cette modulation implique une collaboration avec d'autres acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et les partenaires du milieu, dont les services de garde éducatifs à l'enfance (SDGEE).

Les argumentaires et les recommandations portent sur les éléments suivants :

- 3.1 But et objectifs des SIPPE.
- 3.2 Évaluation des besoins et planification des interventions, avec la participation des parents.
- 3.3 Accompagnement des familles
  - 3.3.1 De la grossesse jusqu'à ce que l'enfant soit âgé de 2 ans ;
  - 3.3.2 Lorsque l'enfant a atteint l'âge de 2 ans jusqu'à ce qu'il ait 5 ans.
- 3.4 Soutien à la création d'environnements favorables au développement optimal des enfants.

<b>3.1 BUT ET OBJECTIFS DES SIPPE</b>
<b>ARGUMENTAIRE</b>
<p>Le développement optimal des enfants de 0 à 5 ans vivant en contexte de vulnérabilité constitue la finalité des SIPPE et tous les objectifs du programme demeurent pertinents en ce sens. Une analyse de ces objectifs est cependant essentielle pour rendre plus explicites leurs liens avec les trois composantes du programme (accompagnement des familles, intervention éducative précoce auprès des enfants et soutien à la création d'environnements favorables) et s'assurer qu'ils soient évaluables et atteignables.</p> <p>Les paramètres à prendre en considération pour cette analyse sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) les preuves de l'efficacité de l'intervention pour atteindre un objectif donné ;</li> <li>2) les particularités de chacune des composantes du programme ;</li> <li>3) les conditions pouvant favoriser l'atteinte des objectifs ;</li> <li>4) les résultats attendus à court, moyen et long terme.</li> </ol>
<b>RECOMMANDATIONS</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Recentrer le but et les objectifs généraux des SIPPE sur le développement optimal des enfants présentant des facteurs de risque.</li> <li>8. Préciser des objectifs spécifiques selon les différentes composantes du programme.</li> <li>9. Formuler des objectifs mesurables qui tiennent compte des résultats attendus à court, moyen et long terme.</li> </ol>
<b>3.2 ÉVALUATION DES BESOINS ET PLANIFICATION DES INTERVENTIONS, AVEC LA PARTICIPATION DES PARENTS</b>
<b>ARGUMENTAIRE</b>
<p><b>Évaluation continue des besoins des familles pour soutenir la planification des interventions</b></p> <p>En complément à l'étape de l'analyse sommaire de la situation des familles permettant d'orienter celles-ci vers le bon programme, une évaluation approfondie et multidimensionnelle des besoins des familles admissibles aux SIPPE (enfant et parents) s'impose, préalablement à l'élaboration du plan d'intervention, afin d'assurer une réponse appropriée à ces besoins. À ce stade, il est important de prendre en considération non seulement les besoins exprimés par les parents, mais aussi, dans une perspective systémique, les facteurs de risque ou de protection et ceux qui ressortent d'observations cliniques. Les intervenants doivent être attentifs à ces éléments. Par exemple, les besoins de l'enfant, qui peuvent parfois être moins manifestes pour les parents, devront être pris en compte. De plus, l'évaluation des besoins s'inscrit dans un processus continu et la visite à domicile offre l'occasion d'observer globalement le milieu de vie et la dynamique familiale.</p>

### **Implication des parents**

À l'occasion de la collecte d'informations sur les pratiques dans les SIPPE, il a été mentionné que plusieurs parents étaient peu engagés dans le processus d'évaluation des besoins de leur famille et la planification des interventions les concernant. En outre, on a souligné qu'il était plus difficile de maintenir les familles dans le programme SIPPE lorsque l'enfant est âgé entre 18 mois et 5 ans. Les recherches indiquent pourtant que les parents sont plus disposés à participer à un programme lorsqu'ils perçoivent que les services répondent à leurs besoins.

### **Approche interdisciplinaire et intersectorielle**

Une évaluation approfondie des besoins de l'enfant et de sa famille, avec la participation des parents, devrait conduire à la formulation de constats cliniques et à l'élaboration d'un plan d'intervention (PI) précisant, notamment, les objectifs poursuivis ainsi que la nature, l'intensité et la durée des services à offrir. Le suivi de ces familles nécessitant la plupart du temps une approche interdisciplinaire et intersectorielle, un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ou, le cas échéant, un plan de service individualisé (PSI) ou un plan de service individualisé intersectoriel (PSII) devrait être élaboré. Des corridors de services efficaces doivent être établis et connus des familles, des intervenants, des gestionnaires ainsi que des partenaires afin d'assurer la cohérence, la continuité et la complémentarité de l'intervention.

### **Outils d'évaluation des besoins**

Il est important d'avoir une vision commune et globale des besoins, et de disposer à cette fin d'un outil convivial, adapté à la visée préventive des SIPPE et au travail en interdisciplinarité. À l'occasion de l'implantation des SIPPE, plusieurs CSSS se sont dotés d'un outil interdisciplinaire commun alors que, dans d'autres CSSS, chaque catégorie professionnelle utilise sa propre grille d'analyse des besoins en rapport avec sa formation particulière. Une recension et une analyse des outils cliniques de ce type est toutefois nécessaire si l'on veut évaluer la pertinence d'utiliser ou d'adapter ces outils et celle d'en concevoir de nouveaux.

En outre, des outils de mesure peuvent être utilisés afin de mieux suivre le développement des enfants, de reconnaître très tôt les problèmes ou les retards à ce sujet ainsi que de planifier et de soutenir l'intervention. À cet effet, l'INSPQ a émis un avis scientifique sur le choix d'un outil de mesure individuelle du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des chantiers sur les SIPPE (voir l'annexe).

<p><b>RECOMMANDATIONS</b></p>
<p>10. Faire une évaluation approfondie des besoins des enfants et de leur famille suivis dans le cadre du programme SIPPE en vue d'élaborer, avec les parents, un plan d'intervention ou un plan de service centré sur le développement optimal des enfants de 0 à 5 ans et le soutien aux parents, et s'assurer de la mise à jour périodique de cette évaluation.</p> <p>La santé de la mère et de l'enfant, le développement de l'enfant, les pratiques parentales et le soutien aux parents ainsi que l'intégration sociale des familles font partie des dimensions à évaluer.</p> <p>10.1 Faciliter la diffusion des outils d'évaluation utilisés dans les CSSS.  10.2 Consulter l'avis scientifique de l'INSPQ pour choisir, au palier régional ou local, un outil de mesure individuelle du développement des enfants de 0 à 5 ans.</p>
<p><b>3.3 ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES</b>  <b>3.3.1 DE LA GROSSESSE JUSQU'À CE QUE L'ENFANT SOIT ÂGÉ DE 2 ANS</b></p>
<p><b>ARGUMENTAIRE</b></p>
<p><b>Écart entre les orientations du cadre de référence des SIPPE et la pratique</b></p> <p>Selon les données du système d'information I-CLSC analysées entre la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse jusqu'à ce que l'enfant ait 2 ans, lesquelles portent sur les années 2007-2008 à 2009-2010, le domicile est un lieu d'intervention, dans le cadre de l'accompagnement individualisé pour 50 % des familles suivies avant la naissance de l'enfant et pour 60 % après la naissance. Il s'agit d'un écart important par rapport au cadre de référence des SIPPE, qui stipule que les visites à domicile doivent être privilégiées pour l'accompagnement de toutes les familles ciblées par les SIPPE.</p> <p>Dans ce cadre de référence, l'intensité des interventions est spécifiée pour les visites à domicile et elle est variable selon les périodes (prénatale et postnatales). Des écarts importants sont observés entre ce qui est indiqué dans le cadre de référence et la pratique.</p> <p>En 2009-2010, les résultats relatifs au nombre moyen de visites à domicile sur une base hebdomadaire tirés du système d'information I-CLSC montrent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ qu'en période prénatale (dès la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse à l'accouchement), le nombre moyen est de 0,23, alors que le seuil attendu est de 0,5 ;</li> <li>▪ qu'en période postnatale 1 (de la naissance à la 6<sup>e</sup> semaine de vie de l'enfant), le nombre moyen est de 0,67, tandis que le seuil attendu est de 1 ;</li> <li>▪ qu'en période postnatale 2 (de la 7<sup>e</sup> semaine au 12<sup>e</sup> mois de vie de l'enfant), le nombre moyen est de 0,17, alors que le seuil attendu est de 0,5 ;</li> <li>▪ qu'en période postnatale 3 (du 13<sup>e</sup> au 60<sup>e</sup> mois de vie de l'enfant), le nombre moyen est de 0,09 alors que le seuil attendu est de 0,25.</li> </ul>

### **Mesure complémentaire de l'intensité des interventions d'importance**

Le système d'information I-CLSC permet d'apprécier l'intensité du suivi des familles selon un ensemble de lieux d'intervention (domicile, CSSS, locaux d'un organisme communautaire ou autres). Cette analyse montre que l'on se rapproche de l'intensité prescrite quand on cumule les données se rapportant aux différents lieux. Par ailleurs, d'autres interventions d'importance (intervention téléphonique, intervention auprès des pères, intervention de groupe, accompagnement des familles vers d'autres ressources, co-intervention avec des intervenants d'autres programmes) ne sont pas prises en considération dans la mesure de l'intensité rapportée aux fins de reddition de compte, ce qui entraîne une sous-estimation de l'intensité réelle du suivi.

### **Importance de la précocité, de l'intensité et de la durée de l'intervention auprès des familles vivant en contexte de vulnérabilité**

Les consultations régionales ont mis en évidence la difficulté d'atteindre l'intensité et la durée des services que prescrit le cadre de référence des SIPPE. Il semble que le nombre de familles soit privilégié, et ce, au détriment des conditions d'efficacité liées aux services (intensité, durée). Le choix des indicateurs relatifs au suivi des ententes de gestion entre le MSSS et son réseau explique en partie cette situation. Parmi les difficultés mentionnées, il ressort également que la prescription n'est pas toujours adaptée aux besoins, aux préférences et au rythme des familles, ce qui peut les inciter à refuser ou à reporter les services qui leur sont offerts. Aussi, compte tenu des ressources et du temps disponibles pour les SIPPE, certains CSSS ont pris la décision d'appliquer différemment les conditions d'efficacité liées aux SIPPE en fonction de leur réalité, soit en augmentant le nombre de familles, soit en augmentant progressivement l'intensité ou la durée des services.

La documentation scientifique récente continue de montrer l'importance de la précocité, de l'intensité et de la durée de l'intervention auprès des familles vivant en contexte de vulnérabilité. La visite à domicile demeure une stratégie d'intervention efficace pour les familles à risque, de la période prénatale jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 2 ans.

Nonobstant les difficultés actuelles, il faut tendre progressivement, en tenant compte de l'offre faite dans chaque CSSS, vers l'intensité recommandée afin d'atteindre des résultats positifs pour l'ensemble des personnes bénéficiant des SIPPE. Il demeurera toujours une part de jugement clinique faisant en sorte que l'intensité pourra varier, dans une certaine mesure, en fonction des besoins de chaque famille. Diverses améliorations proposées pour l'optimisation des SIPPE, comme le passage graduel des familles en difficulté vers des programmes mieux adaptés à leurs besoins et la co-intervention, aideront à assurer non seulement un plus grand accès du programme SIPPE à la population admissible, mais aussi l'application et la pérennité des conditions d'efficacité liées aux bonnes pratiques.

### **Interventions complémentaires aux visites à domicile**

Dans le cadre de référence des SIPPE, comme dans la documentation scientifique récente recensée par l'INSPQ, il est mentionné que les interventions de groupe renforcent l'atteinte des objectifs lorsqu'elles sont proposées en complément aux visites à domicile et aux interventions éducatives auprès de l'enfant. Elles peuvent être offertes aux familles soit par les CSSS, soit par des organismes de la communauté, ou en collaboration. Il faut cependant noter que des modifications devront être apportées au système d'information I-CLSC pour que celui-ci comptabilise une plus grande diversité d'interventions dispensées par les CSSS.

Un autre consensus ressort de la littérature scientifique quant aux résultats positifs d'une offre variée d'interventions sur le développement optimal de l'enfant et sur le soutien aux parents. Les interventions de groupe, bien qu'elles soient souvent de courte durée (jusqu'à environ 12 semaines de vie de l'enfant), permettraient notamment de briser l'isolement, de renforcer le sentiment de soutien social ou d'intervenir de façon épisodique, notamment, sur les compétences parentales ou sur des questions précises telles que la gestion du comportement de l'enfant. Dans le cadre des chantiers sur les SIPPE, aucune analyse de la documentation scientifique sur les interventions de groupe n'a été faite pour en apprécier de façon isolée l'efficacité sur les bénéficiaires des programmes de type SIPPE. Par ailleurs, l'INSPQ devrait publier un avis sur les interventions de groupe à l'automne 2011 ; il sera opportun de le consulter afin de prendre des décisions éclairées à partir des connaissances les plus récentes.

### **Complexité des cas et contexte organisationnel**

Dans un autre ordre d'idées, les consultations régionales ont montré qu'en présence de problèmes de dépendance, de violence ou de santé mentale, la charge de travail des intervenants des SIPPE est considérée comme trop lourde et complexe, et qu'il est parfois difficile d'intervenir à domicile. Dans ces situations, les intervenants mentionnent être peu outillés et avoir besoin de plus de temps pour l'intervention, en plus de devoir composer avec la difficulté d'établir des liens avec d'autres programmes de première ou de deuxième ligne. Par ailleurs, il arrive parfois que des intervenants n'aient pas le temps requis pour les activités prévues dans les SIPPE, compte tenu de leur affectation à plusieurs programmes. En outre, la transition et la continuité des services connaissent parfois des ruptures, dans un contexte de mobilité du personnel ou de déménagement des familles sur un autre territoire. Les consignes pouvant éclairer la décision de cesser d'offrir les SIPPE à une famille et, au besoin, de l'orienter vers d'autres services ne semblent pas suffisamment claires.



<p><b>RECOMMANDATIONS</b></p>
<p>11. Privilégier la visite à domicile comme étant la principale modalité d'intervention pour l'accompagnement des familles, de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 2 ans.</p> <p>11.1 Offrir des visites à domicile selon une fréquence variable :</p> <p>11.1.1 à partir de la douzième semaine de grossesse jusqu'à la naissance : une visite toutes les deux semaines ;</p> <p>11.1.2 de la naissance à 6 semaines : une visite par semaine ;</p> <p>11.1.3 de la 7<sup>e</sup> semaine à 12 mois : une visite toutes les deux semaines ;</p> <p>11.1.4 de 13 à 24 mois : une visite toutes les deux semaines.</p> <p>12. Considérer les interventions de groupe et l'accompagnement vers des ressources de la communauté comme des compléments essentiels à la visite à domicile.</p> <p>13. Maintenir la mesure relative à l'intensité des visites à domicile, variable selon les périodes du suivi (de la douzième semaine de grossesse jusqu'à ce que l'enfant soit âgé de 2 ans) et ajouter une mesure globale de l'intensité des interventions d'importance faites par l'équipe multidisciplinaire du CSSS, lesquelles incluent notamment les visites à domicile et en d'autres lieux, les interventions de groupe, les interventions téléphoniques, les interventions auprès des pères, le soutien aux habiletés parentales d'une personne autre que les parents et qui a un lien significatif avec l'enfant (un grand-parent, par exemple), l'accompagnement des familles vers d'autres ressources et la co-intervention avec des intervenants d'autres programmes offerts par les CSSS ou d'autres organisations. Ces interventions devront répondre à des objectifs fixés pour l'enfant et sa famille et faire partie du plan d'intervention ou du plan de service.</p>
<p><b>3.3 ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES</b></p> <p><b>3.3.2 LORSQUE L'ENFANT A ATTEINT L'ÂGE DE 2 ANS JUSQU'À CE QU'IL AIT 5 ANS</b></p>
<p><b>ARGUMENTAIRE</b></p>
<p><b>Bénéfices de l'intervention éducative précoce auprès des enfants vivant en contexte de vulnérabilité</b></p> <p>La documentation scientifique a mis en évidence l'impact positif d'une intervention éducative précoce sur le développement et la maturité scolaire des enfants vivant en contexte de vulnérabilité. Les bénéfices de l'intervention éducative précoce combinée au soutien parental ont été constatés à long terme, notamment sur le parcours scolaire et la santé mentale des enfants. En outre, les effets bénéfiques d'un service de garde éducatif à l'enfance (SDGEE) de qualité sur le développement optimal des enfants ont été reconnus particulièrement pour les enfants défavorisés. Enfin, de meilleurs résultats ont été rapportés lorsque ces enfants fréquentent un tel SDGEE sur une base assidue et de longue durée.</p>

Lorsque les enfants bénéficiant du programme SIPPE sont âgés de 2 à 5 ans, il s'avère donc pertinent de privilégier leur accès à une intervention précoce dans un SDGEE de qualité et d'assurer un soutien ainsi qu'un suivi à leurs parents. Par ailleurs, il demeure important que les enfants ne fréquentant pas un SDGEE de qualité puissent bénéficier d'activités de stimulation précoce offertes par des CSSS ou d'autres organisations de la communauté et que leurs parents participent à des activités de soutien et de suivi.

### **Protocoles pour faciliter l'accès aux services de garde éducatifs à l'enfance**

En mars 2002, la signature d'une entente-cadre liait divers partenaires du milieu de la santé et des services sociaux à ceux du milieu des services de garde pour promouvoir l'adoption de protocoles d'entente entre les CLSC et les centres de la petite enfance. Ces protocoles avaient comme objectif de favoriser l'accessibilité réciproque et la continuité des services offerts par ces deux organisations sur l'ensemble du territoire québécois. Il ressort des consultations régionales que les protocoles ne sont pas suffisamment clairs sur certains aspects de la collaboration, particulièrement pour les enfants bénéficiant du programme SIPPE (accès, intervention et suivi auprès de l'enfant et soutien parental, notamment) et que les éducatrices des SDGEE ne sont pas toujours outillées pour répondre aux besoins de ces enfants.

Après leur évaluation et en conformité avec les dernières réformes ayant touché tant le réseau du MSSS que celui du ministère de la Famille et des Aînés, ces protocoles ont été renouvelés, mais ils n'étaient pas encore rendus publics au moment de publier le présent rapport. Il demeure essentiel de préciser la teneur des collaborations actuelles et souhaitées, particulièrement dans le cas des enfants bénéficiant des SIPPE, pour assurer la continuité et la complémentarité des interventions. Des formations offertes conjointement aux CSSS et aux SDGEE ainsi que la mise en commun d'outils tels que des guides d'intervention complémentaires au cadre de référence des SIPPE font partie des modalités à envisager.

### **RECOMMANDATIONS**

14. Privilégier l'intervention directe auprès des enfants âgés de 2 à 5 ans pour favoriser leur développement optimal.
  - 14.1 Intervenir principalement par l'intégration et le maintien des enfants dans des SDGEE de qualité.
  - 14.2 Convenir, entre le MSSS et le ministère de la Famille et des Aînés, d'orientations nationales sur l'accès aux SDGEE pour les enfants suivis dans le cadre du programme SIPPE ainsi que de collaborations entre les CSSS et les SDGEE, en complément aux protocoles d'entente liant ces organisations.
  - 14.3 Établir également des liens entre les CSSS et les organisations autres que les SDGEE qui offrent des activités de stimulation précoce aux enfants des familles suivies dans le cadre du programme SIPPE.
15. Poursuivre le soutien aux parents comme un complément essentiel de l'intervention directe auprès des enfants. Ce soutien s'actualisera par des interventions notées au plan d'intervention ou au plan de service.
  - 15.1 Définir les modalités permettant d'assurer le soutien parental, en complément aux activités de stimulation précoce offertes aux enfants.

15.2 Définir les collaborations entre les familles, les CSSS et les SDGEE dans le cadre du plan de service individualisé intersectoriel.

16. Pour les parents qui ne désirent plus bénéficier du programme SIPPE, mais qui répondent aux critères d'admissibilité, définir, avec leur collaboration et celle d'organismes de la communauté, des stratégies afin d'éviter leur isolement et la détérioration de leur situation.

### **3.4 SOUTIEN À LA CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES AU DÉVELOPPEMENT OPTIMAL DES ENFANTS**

#### **ARGUMENTAIRE**

Le soutien à la création d'environnements favorables repose sur les fondements du modèle écologique. Il s'inscrit dans la logique d'une approche globale de l'intervention préventive axée sur les déterminants sociaux de la santé (conditions de vie, milieux et habitudes de vie, accès aux services). Il met l'accent sur la mise en œuvre de projets concrets qui traduisent une action intersectorielle visant à renforcer le pouvoir d'agir des communautés locales et des personnes qui forment ces communautés. Pour continuer en ce sens et dans une perspective de développement durable des communautés, il faut accroître la complémentarité des interventions et des moyens au bénéfice des enfants et de leur famille. Les données de l'enquête nationale sur le développement des jeunes enfants évoquée à la section « Survol de l'environnement des SIPPE » seront d'ailleurs très utiles au moment de planifier les futures interventions concertées entre divers partenaires afin de mieux répondre à leurs besoins.

Il ressort des consultations régionales, menées à l'automne 2008, que le soutien à la création d'environnements favorables prescrit dans le programme SIPPE n'est pas encore assuré partout au Québec, la portion du budget global des SIPPE consacrée à cet axe d'intervention variant de 0 à 42 % selon les régions. Des liens entre cette mesure et d'autres mesures connexes – comme le développement des communautés, la lutte contre la pauvreté, la sécurité alimentaire et le programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) – sont établis seulement dans quelques régions. Les interfaces avec d'autres acteurs que les CSSS offrant des services en périnatalité et pour la petite enfance (centres hospitaliers, centres de réadaptation, médecins de famille, services de garde éducatifs à l'enfance, organismes de la communauté et organismes philanthropiques, notamment) sont à géométrie variable d'une région ou d'un territoire à l'autre.

La faible participation des familles quand il s'agit de déterminer leurs besoins et de trouver des solutions est également mentionnée. La collaboration, avec l'équipe multidisciplinaire du CSSS, d'un accompagnateur ou d'un agent pivot en action communautaire (un organisateur communautaire, par exemple) qui consacre son temps en partie ou totalement aux SIPPE est considérée comme pertinente, bien qu'elle soit peu répandue, pour assurer les liens entre l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnements favorables. La faisabilité et la nécessité de la présence continue d'un tel collaborateur sont à préciser au palier local.

## RECOMMANDATIONS

17. Intensifier l'action axée sur les déterminants sociaux de la santé (conditions, milieu et habitudes de vie, accès aux services), par l'intermédiaire de la stratégie relative au développement des communautés, en vue de créer des environnements favorables au développement optimal des enfants. Plus spécifiquement,
- 17.1 Harmoniser les politiques publiques définies aux paliers national, régional et local.
  - 17.2 Favoriser la participation des familles quand il s'agit de déterminer leurs besoins, de trouver des solutions et d'appliquer celles-ci.
  - 17.3 Contribuer à l'élaboration et au soutien de projets de la communauté en se basant sur les besoins et les solutions déterminés par les familles, les intervenants des CSSS, les organismes communautaires et les autres partenaires ainsi que sur la connaissance tant des ressources et des services existants que des pratiques efficaces et prometteuses.
    - 17.3.1 Établir des liens pour la mise en place d'interventions concertées selon les résultats de l'enquête sur le développement des jeunes enfants qui sera effectuée à tous les cinq ans à partir de 2012 (administration de l'instrument de mesure du développement de la petite enfance - IMDPE).
    - 17.3.2 Favoriser la réalisation de projets issus d'un partenariat intersectoriel et visant à créer des environnements favorables au développement optimal des enfants.

Les projets à privilégier devraient porter sur l'amélioration des conditions de vie des familles ainsi que sur la réduction des inégalités sociales et de santé (qualification, scolarisation, emploi, sécurité du revenu, sécurité alimentaire, logement, transport, loisir, répit-gardiennage, accès aux services de santé et aux services sociaux, accès aux services éducatifs, soutien social et sécurité des quartiers ou des aires de jeux, notamment).
18. Soutenir les agences de la santé et des services sociaux dans leurs responsabilités au regard du déploiement d'interventions intersectorielles et concertées pour le développement des jeunes enfants.
- 18.1 Promouvoir le recours à l'expertise d'un accompagnateur ou d'un agent pivot en action communautaire (organisateur communautaire, par exemple) pour soutenir le processus local d'action intersectorielle et agir en concertation avec les intervenants du programme SIPPE, ceux des autres programmes des CSSS et les partenaires des diverses organisations.
  - 18.2 Encourager la participation, permanente ou sporadique, de ce professionnel de l'action communautaire aux travaux de l'équipe multidisciplinaire du programme SIPPE.
  - 18.3 Favoriser la création ou le renforcement des liens entre les agences et les tables intersectorielles s'intéressant à la périnatalité et à la petite enfance, le Comité interministériel pour une action concertée en milieu défavorisé résultant du Plan gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale, le Comité ministériel (MSSS) sur la lutte contre la pauvreté, le Comité de gestion mixte PACE-PCNP, le Fonds Avenir d'enfants et le Fonds Réunir-Réussir, notamment.

## **ORIENTATION 4**

### **4. DES MODALITÉS PERMETTANT DE SOUTENIR LA MISE EN ŒUVRE ET L'AMÉLIORATION CONTINUE DES SERVICES**

Les argumentaires et les recommandations portent sur les composantes suivantes :

- 4.1 Organisation des services.
- 4.2 Développement continu des compétences.
- 4.3 Système d'information I-CLSC.
- 4.4 Évaluation des SIPPE optimisés et reddition de comptes.

#### **4.1 ORGANISATION DES SERVICES**

##### **ARGUMENTAIRE**

La création et le maintien d'un lien de confiance avec la famille sont essentiels, tant pour soutenir adéquatement les parents et les enfants que pour assurer la continuité des services qui leur sont offerts. Ainsi, le cadre de référence des SIPPE recommandait de désigner une intervenante privilégiée pour soutenir et accompagner la famille le plus longtemps possible dans le cadre du programme SIPPE, avec la collaboration d'une équipe multidisciplinaire.

Il existe diverses modalités d'application du rôle de l'intervenante privilégiée, à l'intérieur d'une même région et entre les régions. Ce rôle est souvent assumé par les infirmières, mais de plus en plus par des intervenants psychosociaux et parfois par une dyade ou une triade d'intervenants qui assure les interfaces et les collaborations avec une équipe multidisciplinaire. Dans certains CSSS, cette fonction est assumée par l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire. Les relais entre les intervenants auprès de la famille se font en fonction de l'évolution de ses besoins.

Sur le plan de l'organisation des équipes du programme SIPPE, différentes configurations sont proposées pour répondre aux réalités ou aux particularités locales et une évolution positive du travail en interdisciplinarité est constatée. Certains CSSS ont mis en place une équipe exclusive aux SIPPE alors que d'autres ont privilégié un modèle non exclusif. Ces équipes favorisent la mise en commun des expertises et une utilisation plus efficiente des ressources pour répondre aux besoins des enfants et de leur famille. L'élaboration des plans d'intervention et des plans de service individualisés dans le cadre de suivis interdisciplinaires ne se fait cependant pas de façon systématique.

<b>RECOMMANDATIONS</b>
<p>19. Réaffirmer l'importance du rôle de l'intervenante privilégiée pour favoriser le lien de confiance avec la famille et la continuité du suivi dans le cadre du programme SIPPE.</p> <p>20. Réaffirmer l'importance du travail en interdisciplinarité au sein d'une équipe multidisciplinaire, tout en laissant la latitude aux CSSS de définir leurs modalités d'application en fonction de leur réalité et des besoins des familles.</p> <p>21. Mettre à jour les coûts normés de l'ensemble des services du programme SIPPE, avec la collaboration du comité en allocation des ressources en santé publique.</p>
<b>4.2 DÉVELOPPEMENT CONTINU DES COMPÉTENCES</b>
<b>ARGUMENTAIRE</b>
<p>Il ressort des consultations régionales qu'il faut des compétences diverses pour intervenir de façon appropriée dans le cadre du programme SIPPE (intervention en milieu défavorisé, intervenante privilégiée, travail interdisciplinaire et travail intersectoriel, notamment), selon les besoins évolutifs des familles, et pour assurer les interfaces, au besoin, avec d'autres ressources du CSSS ou d'autres organisations.</p> <p>Le travail des intervenants s'avère de plus en plus complexe et nécessite le développement continu des compétences tout au long de la vie professionnelle afin d'assurer la qualité des interventions en fonction de l'évolution des meilleures pratiques. Des études ont démontré qu'environ seulement 10 à 15 % du contenu de formation passe dans la pratique lorsque la formation ponctuelle sans réinvestissement est l'unique moyen utilisé.</p> <p>Il faut donc recourir à divers moyens pour augmenter la qualité et l'efficacité des interventions ; citons notamment la supervision clinique, la formation continue, la communauté de pratique, l'utilisation des nouvelles technologies et la constitution de boîtes à outils. Parmi ces moyens, la supervision clinique est considérée comme indispensable, tant pour assurer le transfert des apprentissages dans la pratique que pour soutenir le maintien et le développement des compétences professionnelles liées au rôle d'intervenante privilégiée, au travail interdisciplinaire et intersectoriel et à l'élaboration des différents plans d'intervention ou de service (PI, PII, PSI ou PSII). De plus, dans un contexte de mobilité du personnel, il est impératif de formuler des directives claires (un guide d'accueil accompagné d'un algorithme de la démarche clinique, par exemple) pour que les nouveaux intervenants soient rapidement prêts à assurer la continuité des services.</p> <p>En outre, la continuité et la complémentarité entre les plans de développement continu des compétences relatives à la périnatalité et à la petite enfance s'avèrent essentielles pour assurer des services de qualité et travailler dans une réelle perspective de continuum de services.</p>

<p><b>RECOMMANDATIONS</b></p>
<p>22. Privilégier la supervision clinique comme principale stratégie de soutien à l'amélioration des pratiques.</p> <p>23. Soutenir et accompagner les gestionnaires ainsi que le personnel du réseau de la santé et des services sociaux travaillant dans les services de périnatalité et pour la petite enfance.</p> <p>23.1 S'assurer de la complémentarité des plans de développement continu des compétences et de la continuité entre ces plans.</p> <p>23.2 Concevoir et offrir un programme de formation sur l'intervention globale et préventive dans le cadre du programme SIPPE, incluant les liens à assurer dans un continuum de services (promotion et protection de la santé – prévention – adaptation – réadaptation).</p> <p>23.3 Faciliter la mise en commun d'outils d'aide à la décision clinique (grille d'analyse sommaire pour l'orientation des familles vers le bon programme, par exemple), à l'intervention (outil d'évaluation des besoins des familles admises dans les SIPPE, notamment) ou au transfert de connaissances (formation sur vidéo, entre autres).</p>
<p><b>4.3 SYSTÈME D'INFORMATION I-CLSC</b></p>
<p><b>ARGUMENTAIRE</b></p>
<p>Depuis l'année financière 2005-2006 (du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars), 21 variables ont été ajoutées à la banque de données communes du système d'information I-CLSC, dans la section « périnatalité – services spécifiques ». On trouve, dans le <i>Cadre normatif du système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)</i> du MSSS – avril 2009, la nomenclature et la définition de ces variables. Une série d'extraits statutaires issus du I-CLSC permet d'alimenter la réflexion des gestionnaires et des intervenants sur les personnes bénéficiant du programme SIPPE et les services qui leur sont directement rendus par les CSSS assumant la mission d'un CLSC. Deux de ces extraits (« pourcentage de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE » et « nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies au cours de l'année de référence dans les SIPPE en périodes prénatale et postnatales ») ont été retenus pour la reddition de comptes. Ces extraits statutaires et d'autres contribuent également aux bilans de l'implantation des SIPPE effectués par plusieurs agences.</p> <p>Des modifications seront nécessaires au cadre normatif du système d'information I-CLSC pour que l'on puisse davantage rendre compte des profils des familles suivies dans le cadre du programme SIPPE, du nombre de familles ayant refusé d'être suivies, du temps d'attente avant d'avoir accès aux SIPPE, de l'intensité et de la durée des services (particulièrement les visites à domicile), d'une mesure globale de l'intensité de l'ensemble des interventions d'importance effectuées par l'équipe multidisciplinaire du CSSS, de la complémentarité entre l'accompagnement des familles et la création d'environnements favorables au développement optimal des enfants, du nombre de familles orientées vers d'autres programmes du CSSS ou vers ceux qui sont offerts par d'autres organisations – dont les services de garde éducatifs à l'enfance –, du nombre</p>

d'enfants bénéficiant des SIPPE qui sont inscrits à un tel service de garde, du nombre de familles ayant un plan d'intervention ou de service (PI, PII, PSI, PSII). Certaines de ces informations sont présentement consignées dans le système d'information I-CLSC. En outre, les efforts doivent être poursuivis afin de tendre vers un système d'information « clientèle » fiable, souple et convivial, qui permet de répondre à de nouveaux besoins et de favoriser une compréhension commune de la façon d'enregistrer, de valider et d'interpréter les données.

#### **RECOMMANDATIONS**

24. Collaborer avec le Comité ministériel (MSSS) sur le système d'information I-CLSC afin
- 24.1 d'analyser la faisabilité et de mettre à jour le cadre normatif du système dans le sens des recommandations sur l'optimisation des SIPPE ;
  - 24.2 de définir les modalités permettant d'assurer l'appropriation, par les utilisateurs des données, du cadre normatif révisé (une formation à ce sujet, notamment) ainsi que l'obtention de données fiables (des mécanismes de validation des données, par exemple).

#### **4.4 ÉVALUATION DES SIPPE OPTIMISÉS ET REDDITION DE COMPTES**

##### **ARGUMENTAIRE**

En complément au suivi de l'implantation, une évaluation de l'implantation, de l'efficacité et des effets du programme est nécessaire aux fins de l'amélioration continue des SIPPE. Une évaluation de l'implantation et des effets du volet « Soutien aux jeunes parents » du programme est en cours depuis 2006 ; le rapport est attendu à l'automne 2011.

Les recommandations du présent rapport et les attentes à l'égard de l'appréciation de la performance du programme aideront à orienter les décisions relatives à la future programmation de l'évaluation des SIPPE. Cette programmation devrait s'inspirer des travaux effectués ou en cours ; citons notamment les chantiers sur le suivi et l'évaluation des SIPPE, l'évaluation du volet « Soutien aux jeunes parents » des SIPPE, le modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance du système de santé, les productions du groupe de travail (MSSS, agences de la santé et des services sociaux, INSPQ) sur l'appréciation de la performance en santé publique ainsi que les travaux du Comité ministériel sur les ententes de gestion MSSS-réseau et du Comité ministériel sur les indicateurs liés à l'offre de services aux jeunes en difficulté.

Aussi, afin d'assurer une reddition de comptes liée au suivi d'implantation des SIPPE optimisés, une révision du choix et des modalités de suivi des indicateurs s'impose.



## RECOMMANDATIONS

25. Évaluer l'implantation, l'efficacité et les effets des SIPPE optimisés.

25.1 Produire un devis pour l'évaluation

25.1.1 de l'implantation, incluant les caractéristiques de la population cible, l'accessibilité et la précocité de l'intervention, la nature, l'intensité et la durée des services, le lieu et le mode d'intervention, les pratiques interdisciplinaires, la structure de l'intervention (plan d'intervention, plan d'intervention interdisciplinaire, plan de service individualisé ou plan de service individualisé intersectoriel), la continuité des services, la co-intervention (programme SIPPE et autres programmes offerts par le CSSS ou diverses organisations) ;

25.1.2 de l'efficacité, incluant la capacité à utiliser de façon optimale les ressources disponibles dans les SIPPE ;

25.1.3 des effets du programme sur la santé des bénéficiaires (enfants et parents), le développement des enfants et l'engagement des communautés en faveur des enfants ;

25.1.4 de la satisfaction des bénéficiaires du programme.

26. Réviser la reddition de comptes liée au suivi administratif de l'implantation des SIPPE optimisés.

## CONCLUSION

Le contenu du présent rapport, principalement les argumentaires et les recommandations, a été soumis aux autorités des directions concernées par les SIPPE au MSSS (Direction générale de la santé publique et Direction générale des services sociaux), au Comité ministériel Jeunesse ainsi qu'à diverses instances de concertation nationale liées au MSSS (Table de concertation nationale en promotion et prévention, Table de coordination nationale en santé publique, Comité de coordination des services sociaux, Réseau des répondants régionaux des SIPPE et celui des Jeunes en difficulté dans les agences de la santé et des services sociaux).

Dans la foulée de ce rapport, un plan de travail ministériel 2011-2013 sur l'optimisation des SIPPE, transmis aux présidents-directeurs généraux des agences au mois d'août 2011, vient confirmer la position du MSSS quant aux actions à mener pour soutenir les agences de la santé et des services sociaux ainsi que les CSSS dans l'actualisation des orientations retenues.

## BIBLIOGRAPHIE

---

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Portrait social du Québec : Données et analyses – Édition 2010*, Québec, 2010, 310 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'attachement au cœur du développement du nourrisson : Outil d'aide à la tâche*, Québec, 2007, 15 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre normatif : Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)*, Québec, 2009, 447 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie*, Québec, 2008, 164 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*, Québec, 2008, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Programme-services Jeunes en difficulté – Offre de service 2007-2012*, Québec, 2007, 92 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence*, Québec, 2004, 79 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente – Naître ici et venir d'ailleurs*, Québec, 2007, 96 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Guide d'intervention pour soutenir les pratiques parentales – Favoriser le développement des enfants âgés de 1 à 5 ans*, Québec, 2009, 275 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an – L'attachement au cœur du développement du nourrisson*, Québec, 2005, 177 p.

OLDS, D.L., et al. *Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation*, Pediatrics, vol. 78, n° 1, 1<sup>er</sup> juillet 1986, p. 65-78.

SECRÉTARIAT À LA JEUNESSE. *Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 : Enrichir le Québec de sa relève*, Québec, ministère du Conseil exécutif, 2009, 99 p.

## **ANNEXE : LISTE DES PRODUCTIONS ISSUES DES CHANTIERS SIPPE**

---

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE, Direction de santé publique. *Déploiement du soutien à la création d'environnements favorables* - Rapport déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 95 p.
  
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE, Direction de santé publique. *Les indicateurs de suivi et d'évaluation de l'implantation des SIPPE* - Rapport déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 19 p.
  
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, Direction de santé publique. *Les paramètres considérés pour le calcul de l'intensité d'un suivi significatif auprès des clientèles SIPPE* – Rapport déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, 36 p.
  
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Avis scientifique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*, 2010, 93 p.
  
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*, 2010, 127 p.
  
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Avis scientifique sur la rétention des clientèles des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*, 2010, 76 p.
  
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Consultation régionale sur les contributions et les limites des SIPPE, l'interprétation des résultats issus du système d'information I-CLSC et les trajectoires de services* – Présentation à la rencontre nationale des répondants régionaux SIPPE, mars 2010, 22 p.
  
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Consultation régionale sur les modalités d'accès, d'intégration et de maintien aux SDGEE et sur les expériences de collaboration entre le réseau de la santé et des services sociaux et les SDGEE.* – Présentation à la rencontre nationale des répondants régionaux SIPPE, mars 2010, 22 p.

[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)