



Services intégrés
en **périnatalité**
et pour la **petite enfance**
à l'intention des familles
vivant en **contexte**
de **vulnérabilité**

CADRE DE RÉFÉRENCE

ÉDITION

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants et aux gestionnaires du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse : **www.msss.gouv.qc.ca**, section **Publications**.

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

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
ISBN 978-2-550-90637-7 (PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2021

RÉDACTION

Geneviève Painchaud Guérard, agente de recherche et de planification socio-économique, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, Direction générale de la santé publique, MSSS

COORDINATION

Annie Motard-Bélanger, agente de recherche et de planification socio-économique, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, Direction générale de la santé publique, MSSS

Geneviève Painchaud Guérard, agente de recherche et de planification socio-économique, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, Direction générale de la santé publique, MSSS

DIRECTION

Julie Rousseau, directrice du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, Direction générale de la santé publique, MSSS

Stéphane Ruel, directeur par intérim du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, Direction générale de la santé publique, MSSS

Amélie Trépanier, directrice par intérim du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, Direction générale de la santé publique, MSSS

RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Stephani Arulthas, conseillère scientifique, INSPQ

Léa Gamache, conseillère scientifique, INSPQ

Julie Poissant, experte en périnatalité et petite enfance, chercheuse d'établissement et responsable de la recherche documentaire, INSPQ

RÉVISION LINGUISTIQUE

Hélène Dumais, linguiste

REMERCIEMENTS

MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF AYANT ORIENTÉ LES TRAVAUX (2017)

Stephani Arulthas, conseillère scientifique, INSPQ

Marie-Josée Asselin, agente de recherche et de planification socio-économique, Direction des services mère-enfant, Direction générale des services hospitaliers, de la médecine spécialisée et universitaire, MSSS

Carmen Baci, agente de recherche et de planification socio-économique, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, Direction générale de la santé publique, MSSS

Luce Bordeleau, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique de la Montérégie

Marie-Andrée Bossé, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de la santé publique de Lanaudière

Irma Clapperton, médecin-conseil, Direction de santé publique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Élise Coutu, chef de l'administration de programme Jeunes en difficulté 0-5 ans – SIPPE – OLO, Direction du programme jeunesse, CISSS de Lanaudière

Sabrina Fortin, directrice par intérim des services mère-enfant, Direction générale des services hospitaliers, de la médecine spécialisée et universitaire, MSSS

Léa Gamache, conseillère scientifique, INSPQ

Sophie Gaudreau, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction administrative de la recherche, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Michelle Morin, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction administrative de la recherche, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Annie Motard-Bélanger, agente de recherche et de planification socio-économique, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, Direction générale de la santé publique, MSSS

Julie Poissant, experte en périnatalité et petite enfance et chercheuse d'établissement, INSPQ

Stéphane Ruel, agent de recherche et de planification socio-économique, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, Direction générale de la santé publique, MSSS

Jean Tremblay, conseiller scientifique, INSPQ

Leah Walz, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction régionale de santé publique de Montréal

MEMBRES DU COMITÉ DE TRAVAIL SUR LES NIVEAUX D'INTENSITÉ DE L'INTERVENTION ET LA GRILLE D'ÉVALUATION DES BESOINS (2018)

Marie-Josée Asselin, agente de recherche et de planification socio-économique, Direction générale des services hospitaliers, de la médecine spécialisée et universitaire, MSSS

Émilie Audy, conseillère scientifique spécialisée, INSPQ

Irma Clapperton, médecin-conseil, Direction de santé publique du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Annie Cotton, agente de recherche et de planification socio-économique, Direction des services aux jeunes et aux familles, Direction générale des services sociaux, MSSS

Élise Coutu, chef de l'administration de programme Jeunes en difficulté 0-5 ans – SIPPE – OLO, Direction du programme jeunesse, CISSS de Lanaudière

Nicolas Fortin-Thériault, agent de planification, de programmation et de recherche, Direction de la santé publique de Laval

Stéphanie Leclerc, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de la santé publique de l'Outaouais

Sylvie Mailhot, infirmière clinicienne SIPPE, CISSS de Lanaudière

Geneviève Painchaud Guérard, agente de recherche et de planification socio-économique, Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, Direction générale de la santé publique, MSSS

Julie Poissant, professeure, Département d'éducation et formation spécialisées, UQAM (auparavant à l'INSPQ)

Marie-Noëlle Roussel, éducatrice en intervention précoce SIPPE, CISSS du Bas-Saint-Laurent

Stéphane Ruel, directeur par intérim du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, Direction générale de la santé publique, MSSS

Julie Taillefer, coordonnatrice clinique en petite enfance, Direction des programmes jeunesse et des activités de santé publique, CISSS de la Montérégie-Ouest

George Tarabulsy, professeur titulaire, École de psychologie, Université Laval

RÉVISION

Table de concertation nationale en prévention et promotion (TCNPP)

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Que sont les SIPPE?	1
3. Contexte	2
4. But et objectifs généraux	2
5. Populations visées	3
6. Stratégie d'intervention	4
7. Modalités d'intervention.....	4
8. Mandataires et collaborateurs	5
9. Modèle logique.....	6
10. Environnements favorables.....	6
11. Évaluation.....	7
12. Conclusion	8
Références bibliographiques	9

Liste des sigles

CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
TCNPP	Table de concertation nationale en prévention et promotion
UQAM	Université du Québec à Montréal

1. Introduction

Les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) sont offerts aux familles avec de jeunes enfants vivant dans un contexte de vulnérabilité. Les SIPPE ont vu le jour en 2004 [1], conformément à une volonté du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de fusionner plusieurs programmes existants dans une optique d'intégration et de continuité de ces derniers : le programme Naître égaux – Grandir en santé, conçu en 1991 par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre; le Programme de soutien aux jeunes parents, implanté au Québec en 2004-2006; et le Programme de soutien éducatif précoce, mis en œuvre dans les Priorités nationales de santé publique 1997-2002 à partir du modèle conçu par la Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent.

Les SIPPE ont toujours été animés par une démarche d'amélioration continue et ont ainsi fait l'objet de plusieurs travaux, rapports et avis scientifiques portant notamment sur leur implantation, leur suivi et leur optimisation [2-5]. Sur la base des pistes d'amélioration mises en lumière par ces travaux ainsi que de l'évolution des politiques publiques, la mise à jour du Cadre de référence a été entamée en 2016 par le MSSS en collaboration avec différents partenaires, dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Le présent document expose la version actualisée du Cadre de référence à la suite de ces consultations et a pour objet de fournir aux gestionnaires et aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux une base solide, pertinente et facilement exploitable pour mettre en œuvre les SIPPE dans une optique de prévention et de promotion de la santé.

Le Cadre de référence est accompagné d'un document présentant les balises de l'intervention, qui comprend notamment un arbre de soutien à la décision pour orienter les familles, une grille de sélection de la population admissible et les modalités d'intervention. À ces deux documents de référence s'ajoutent également des guides pratiques, soit le Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an [6], le Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente [7], le Guide d'intervention pour soutenir les pratiques parentales [8], le Guide de pratiques pour accompagner les familles [9] et le Guide de pratiques à l'accompagnement clinique [10].

2. Que sont les SIPPE?

Les SIPPE s'inscrivent dans un continuum d'intervention en promotion de la santé et en prévention pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ils ont pour objet de soutenir la santé et le développement des jeunes enfants dès la douzième semaine de grossesse, et peuvent être offerts aux familles jusqu'à l'entrée à l'école.

Au Québec, **plusieurs familles ayant des enfants de 0 à 5 ans vivent dans un contexte de vulnérabilité**. Les membres de ces familles sont plus à risque en ce qui concerne les problèmes de santé et les problèmes psychosociaux.

Les populations en situation de vulnérabilité représentent les personnes pour qui, en raison de leurs caractéristiques communes et selon les contextes, le risque d'avoir des problèmes de santé physique, mentale ou psychosociale est plus élevé [11, 12]. Dans le contexte des SIPPE, la vulnérabilité est définie à partir du statut socioéconomique, du niveau de scolarisation et de l'isolement social et/ou de la solitude.

3. Contexte

Les SIPPE font partie de l'offre de services de santé publique de l'axe d'intervention 1 « Le développement global des enfants et des jeunes » du Programme national de santé publique 2015-2025 [11]. La mise en œuvre de ces services est également énoncée dans la Politique de périnatalité 2008-2018, dont les grandes orientations soulignent l'importance de diriger les familles en situation de vulnérabilité vers un programme adapté à leur situation dès le début de la grossesse [13].

4. But et objectifs généraux

Les SIPPE ont pour objet de favoriser le développement global des enfants de 0 à 5 ans vivant en contexte de vulnérabilité par des services de promotion et de prévention individualisés, précoces, intensifs et de longue durée. L'une des cibles énoncées dans la Politique gouvernementale de prévention en santé consiste à augmenter d'ici 2025 à 80 % la proportion d'enfants qui commencent leur scolarité sans présenter de facteur de vulnérabilité pour leur développement [12]. Les objectifs généraux des SIPPE s'inscrivent en cohérence avec cette cible et se déclinent selon trois orientations :

1) Améliorer l'état de santé des bébés à naître, des enfants, des femmes enceintes et des parents se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables en améliorant :

- les habitudes de vie de la femme enceinte et de sa famille (alimentation, consommation de tabac, de drogues et d'alcool, activité physique);
- les suivis de santé physique et mentale de la femme enceinte et de sa famille (planification des naissances, santé dentaire, couverture vaccinale, adoption de comportements sexuels sécuritaires);
- la sécurité à domicile;

2) Favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables :

- en soutenant les parents dans une prise de décision éclairée par rapport à l'allaitement;
- en développant et en renforçant le lien d'attachement parents-enfants;
- en augmentant et en renforçant les pratiques parentales positives;
- en stimulant le développement cognitif (y compris le langage), affectif, social et psychomoteur des enfants;

3) Améliorer les conditions de vie des parents et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables :

- en renforçant les réseaux de soutien social;
- en favorisant l'intégration socioprofessionnelle des parents selon un projet de vie porteur de réussite;
- en soutenant l'accès des familles à des services de santé mentale et physique et aux services dans la communauté.

Des objectifs plus spécifiques sont définis dans les [balises de l'intervention](#) et peuvent être travaillés à l'aide des suggestions d'activités présentées dans les guides pratiques.

5. Populations visées

Les critères d'admissibilité aux SIPPE sont les suivants :

- 1) toute femme enceinte et son partenaire ou encore tout parent ou principal responsable d'un enfant de moins de 12 mois;
- 2) vivant sous le seuil de faible revenu;
ET
- 3) présentant au moins un facteur de risque parmi les suivants :
 - a) sous-scolarisation;
 - b) isolement social et/ou solitude.

L'admission au programme se fait à partir de la douzième semaine de grossesse ou le plus tôt possible après la naissance de l'enfant. Un père à la tête d'une famille monoparentale ou le principal responsable de l'enfant peuvent accéder à ce programme au même titre que la mère. Le terme « partenaire » désigne le conjoint ou la conjointe de la femme enceinte ou de la mère. Le principal responsable de l'enfant représente une personne significative dans la vie de l'enfant qui peut répondre à ses besoins, dans l'éventualité où les parents ne seraient pas présents dans la vie de l'enfant. L'accompagnement dans les SIPPE peut se poursuivre jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 5 ans.

Dans certains cas particuliers où les informations recueillies suscitent des doutes quant au respect des critères d'admissibilité, une équipe interdisciplinaire pourrait décider d'offrir le service sur la base du jugement clinique. Une décision basée sur le jugement clinique doit obligatoirement reposer sur une équipe et non sur une seule personne. Un [arbre de soutien à la décision](#) a été créé pour soutenir les équipes dans le processus de sélection et de priorisation de la population admissible au programme.

6. Stratégie d'intervention

L'intervention s'appuie sur une approche écologique en combinant une action directe auprès de l'enfant et des parents ainsi qu'une action indirecte sur les réseaux de soutien de la famille. Le modèle écologique préconise effectivement que les services incluent des actions tant à l'intention des enfants et des parents que dans les différents milieux de vie.

Adopter une approche écologique, c'est :

- reconnaître à l'être humain sa capacité d'agir et d'avoir une emprise sur sa vie;
- renforcer les réseaux sociaux et faciliter les rapports de l'individu avec sa communauté;
- opter pour une approche ayant pour objet le renforcement du pouvoir d'agir de l'individu, selon laquelle celui-ci est reconnu comme acteur de sa vie et dans la société.

Le renforcement du pouvoir d'agir constitue la stratégie d'accompagnement retenue. Un intervenant-pivot est désigné pour l'accompagnement de chaque famille afin de pouvoir créer un lien de confiance privilégié et d'assurer une continuité dans le suivi, tout en adaptant la stratégie d'intervention à l'évolution des besoins. L'expression « intervenant-pivot » remplace la tournure « intervenante privilégiée » qui était employée dans le Cadre de référence de 2004, la signification demeurant la même. L'intervenant-pivot s'appuiera sur les forces, les capacités et les ressources de la famille pour inclure la naissance de l'enfant et son développement dans un projet de vie porteur de réussite pour les parents.

Le **pouvoir d'agir** fait référence à la possibilité pour une personne, une organisation ou une communauté d'avoir un plus grand contrôle sur l'atteinte des objectifs qui sont importants pour elle [14].

7. Modalités d'intervention

Les visites à domicile constituent la principale modalité d'intervention. Leur fréquence est modulée en fonction des besoins de la famille, qui sont représentés par l'atteinte d'objectifs associés à des niveaux. La fréquence recommandée pour chacun des niveaux et les objectifs associés sont précisés dans les [balises de l'intervention](#). D'autres modalités complémentaires, telles que les rencontres de groupe, l'accompagnement vers les ressources de la communauté et l'intégration de l'enfant en service de garde, sont également recommandées.

8. Mandataires et collaborateurs

Les établissements de santé et de services sociaux ont la responsabilité partagée d'établir des alliances avec les partenaires intersectoriels proposant des services destinés à la population visée, de façon à offrir sur leur territoire les SIPPE. La responsabilité populationnelle s'exerce ainsi collectivement par les établissements de santé et leurs partenaires, en vue de rendre accessible un ensemble de services répondant de manière optimale aux besoins des familles et des enfants vivant en contexte de vulnérabilité et d'agir en amont sur les déterminants de la santé.

9. Modèle logique

Le [modèle logique](#) permet d'obtenir un aperçu simple et rapide des SIPPE.



10. Environnements favorables

Les enfants ont besoin d'un environnement sain pour que leur développement soit optimal. De même, leurs parents ont besoin de vivre dans des conditions favorables à l'exercice de leur rôle

et à la concrétisation de leur projet de vie. De par leur approche écologique, les SIPPE agissent à différents niveaux des déterminants de la santé [15] et contribuent de ce fait même au développement de ces conditions optimales et à la diminution des inégalités sociales de santé.

Les SIPPE agissent en effet de manière directe dans les **milieux de vie**, plus particulièrement au sein du milieu familial qui joue un rôle central dans le développement physique, cognitif, affectif et social des enfants. L'intervention SIPPE est intimement liée à l'aspect social du milieu familial, car elle prend en considération la qualité des rapports entre les membres de la famille et favorise les pratiques parentales positives.

Les SIPPE agissent aussi de façon importante en ce qui a trait aux **caractéristiques individuelles**. Le renforcement du pouvoir d'agir incite les parents à développer leurs compétences personnelles et sociales, notamment en améliorant leurs habiletés de communication et leur disponibilité émotionnelle envers leur enfant, ou en établissant des relations sociales de qualité. Les SIPPE peuvent également influencer les habitudes de vie et les comportements de la famille, par exemple en limitant les impacts du tabagisme ou de la consommation de drogues ou d'alcool par les parents.

Des organismes communautaires et des regroupements locaux et régionaux sont souvent porteurs de projets axés sur la création d'environnements favorables, eux-mêmes susceptibles de contribuer au réseau d'entraide et de soutien des familles. L'intervention permet de diriger les parents vers les ressources du milieu qui répondent le mieux à leurs besoins, de façon à agir positivement sur le milieu familial et à relier celui-ci à la communauté locale et au voisinage.

Bien que le soutien à la création d'environnements favorables ne soit plus une composante spécifique des SIPPE, ceux-ci font partie d'un ensemble de mesures ministérielles et gouvernementales adoptées en vue de favoriser des environnements et des conditions de vie propices au développement des enfants [11, 12].

11. Évaluation

En 2011, le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec soulignait, dans un rapport sur la performance des soins et des services en périnatalité et en petite enfance, l'importance d'optimiser les SIPPE de manière à assurer le succès du programme et des retombées positives à long terme sur l'enfant [16]. L'amélioration des SIPPE devrait passer par le monitoring d'indicateurs de processus et de résultats de même que par la participation des usagers à l'évaluation du programme. La mise à jour du Cadre de référence des SIPPE en 2019 permettra ainsi de jeter les bases pour la création d'indicateurs et leur utilisation, et d'implanter des mécanismes d'évaluation. Ces derniers seront basés sur des normes de pratiques dans une perspective d'amélioration continue et d'agrément pour assurer l'accès, la qualité et la continuité des services [17].

12. Conclusion

La mise à jour du Cadre de référence des SIPPE doit permettre de répondre aux recommandations et aux enjeux soulevés par les évaluations dont ils ont fait l'objet au cours des dernières années, en vue d'améliorer la qualité du programme et d'optimiser son implantation. Le Cadre de référence des SIPPE sert à tracer un portrait global du programme et à en décrire les grandes orientations pour soutenir sa mise en œuvre au niveau régional dans une optique de prévention et de promotion de la santé.

Le Cadre de référence est accompagné d'un document décrivant en détail les [balises de l'intervention](#). Destiné à soutenir les gestionnaires et les intervenants qui travaillent dans les SIPPE, ce document complémentaire présente, entre autres, une liste des outils et des guides à leur disposition.

Il va sans dire que l'implantation et le suivi du programme nécessiteront l'engagement de tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'un soutien continu sur le plan de la formation et du transfert de connaissances, et ce, pour assurer une appropriation optimale du contenu et des outils du programme.

Références bibliographiques

1. 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*. 2004. p. 79.
2. Beauregard, D., L. Comeau, et J. Poissant, *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*. 2010, Institut national de santé publique du Québec.
3. Beauregard, D., A. Chan, et L. Comeau, *Avis scientifique sur la rétention des clientèles des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. 2010, Institut national de santé publique du Québec.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *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-chantier sur les SIPPE déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux*. 2011. p. 29.
5. Beauregard, D., L. Comeau, et J. Poissant, *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, Institut national de santé publique du Québec. p. 78.
6. 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*. 2005. p. 177.
7. 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*. 2007. p. 96.
8. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Les services intégrés en périnatalité et petite enfance – Guide d'intervention pour soutenir les pratiques parentales*. 2009. p. 275.
9. 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 de pratiques pour accompagner les familles*. 2016. p. 79.
10. 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 de pratiques à l'accompagnement clinique*. 2017. p. 83.
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2015-2025*. p. 85.
12. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan d'action interministériel 2017-2021 – Politique gouvernementale de prévention en santé*. 2018. p. 72.
13. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique de périnatalité 2008-2018*. p. 164.
14. Rappaport, J., *Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology*. *Am J Community Psychol*, 1987. **15**(2): p. 121-48.

15. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La santé et ses déterminants – Mieux comprendre pour mieux agir*. 2012. p. 24.
16. Commissaire à la santé et au bien-être, *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux – Pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance : enjeux et recommandations*. 2011. p. 308.
17. Conseil de la santé et du bien-être, *Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Le modèle EGIPSS*. 2005. p. 176.

