

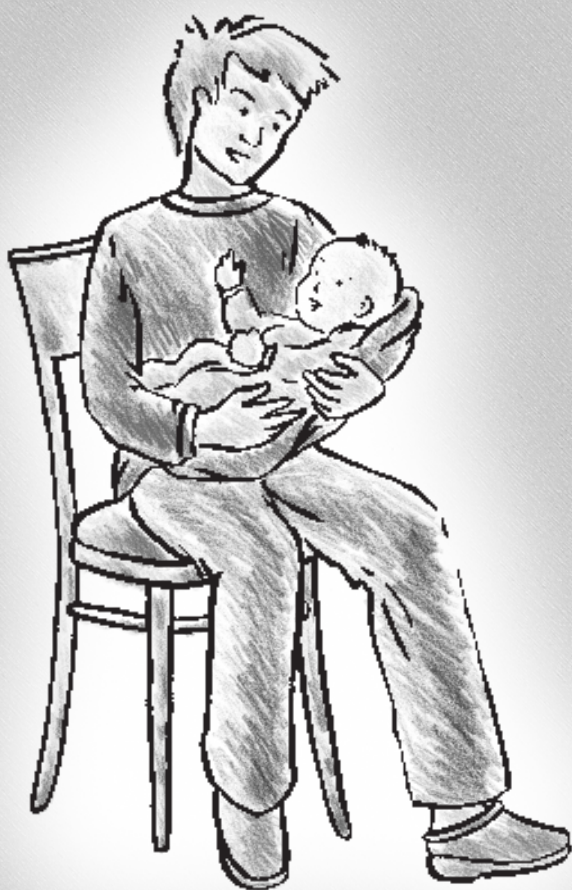
Les services intégrés
en **périnatalité**
et pour la **petite enfance**
à l'intention des **familles**
vivant en contexte
de **vulnérabilité**

Cadre de référence



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

Cadre de référence



Édition produite par :

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

Pour obtenir un exemplaire du **résumé** de ce document, faites parvenir votre commande

par télécopieur: **(418) 644-4574**

par courriel: **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste: **Ministère de la Santé et des Services sociaux**

Direction des communications

1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage

Québec (Québec) G1S 2M1

Ce document ainsi que son résumé peut être consulté à la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les hommes que les femmes. Le genre féminin a cependant été conservé dans l'expression *intervenante privilégiée* puisque la quasi-totalité des personnes occupant cette fonction dans le secteur de la périnatalité et de la petite enfance sont des femmes.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Bibliothèque nationale du Canada, 2004

04-836-02W

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement les concepteurs mêmes du programme Naître égaux – Grandir en santé (NEGS), les nombreuses personnes qui, dans toutes les régions du Québec, ont collaboré à son enrichissement ainsi que tous ceux et celles qui ont élaboré le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP).

Les personnes nommées ci-après ont contribué de façon particulière à structurer les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ces personnes ont participé à la revue de la documentation, à la réflexion et à la rédaction du présent document.

Comité de coordination

Lyne Jobin, coordination et rédaction, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Dalal Badlissi, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière
Margot Désilets, conseillère en formation
Nicole Desjardins, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal
Jacinthe Dumont, Institut national de santé publique du Québec et Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Pierrette Fortier, Direction générale des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux
Oumar Hamza, Institut national de santé publique du Québec et Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie
Thérèse Hivon-Lizé, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Sylvie Kirouac, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Johanne Laverdure, Institut national de santé publique du Québec
France McKenzie, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval
Anik Simard, Direction générale des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux
Bruno Théorêt, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information, ministère de la Santé et des Services sociaux

Comité de travail sur le cadre conceptuel

Ginette Boyer, Institut national de santé publique du Québec
Luce Bordeleau, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie
Lucie Lafrance, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Comité de travail sur l'accompagnement des familles

Daniel Beauregard, Institut national de santé publique du Québec

Jacinthe Dumont, Institut national de santé publique du Québec et Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Francine Ouellet, Institut national de santé publique du Québec

Comité de travail sur le soutien à la création d'environnements favorables

Rémi Coderre, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Claude Doyon, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal

Renée Dufour, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie

Marie-Martine Fortier, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal

Lyne Jobin, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	i
Introduction	1
SECTION I Les assises des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	3
CHAPITRE 1. LE DÉVELOPPEMENT ET L'ADAPTATION SOCIALE DES ENFANTS	3
1.1 Les principaux déterminants du développement et de l'adaptation sociale des enfants	3
1.2 Un modèle théorique pour bien saisir la complexité des problèmes : le modèle écologique	6
CHAPITRE 2. L'EXPÉRIMENTATION DES PROGRAMMES PRÉNATALS ET POSTNATALS	8
2.1 Les enseignements à retenir de certains programmes	8
2.2 Les enseignements à retenir du programme Naître égaux – Grandir en santé	10
2.3 Des pistes concernant la révision des services en périnatalité et pour la petite enfance	11
CHAPITRE 3. LES SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE	13
3.1 Le but	14
3.2 Les objectifs généraux	15
3.3 Les populations visées	15
3.4 Les mandataires et les collaborateurs	16
CHAPITRE 4. LA STRATÉGIE PRIVILÉGIÉE D'INTERVENTION : LE RENFORCEMENT DU POUVOIR D'AGIR DES PERSONNES ET DES COMMUNAUTÉS	17
4.1 Qu'est-ce que le renforcement du pouvoir d'agir ?	17
4.2 Le renforcement du pouvoir d'agir des individus	17
4.3 Le renforcement du pouvoir d'agir des communautés	19
4.4 Les conséquences sur la pratique	21
SECTION II Les composantes des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	23
CHAPITRE 1. L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES	24
1.1 Le suivi individualisé	24
1.1.1 La structure des rencontres	24
1.1.2 La place du père	25
1.1.3 Les activités de groupe	26
1.2 L'intervenante privilégiée	27
1.2.1 Les qualités professionnelles de l'intervenante privilégiée	28
1.2.2 La relation de confiance	28
1.3 L'équipe interdisciplinaire	29
1.3.1 Les membres de l'équipe interdisciplinaire	30
1.3.2 Les conditions favorables au travail interdisciplinaire	30
1.4 Les outils	30
1.4.1 La grille d'identification des besoins	31
1.4.2 Le plan d'intervention	31
1.5 La fréquence des activités	32

CHAPITRE 2. LE SOUTIEN À LA CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE	34
2.1 Fixer des priorités et conclure des alliances	35
2.2 Le moyen privilégié : l'action intersectorielle	40
2.2.1 L'action intersectorielle au niveau local	42
2.2.2 L'action intersectorielle au niveau régional	47
2.2.3 L'action intersectorielle au niveau national	48
2.3 L'articulation des trois niveaux de l'action intersectorielle	51
Conclusion	53
Bibliographie	54
Annexe 1 Exemple d'un processus mis en œuvre pour réaliser des projets intersectoriels	61
Annexe 2 La prévention de l'insécurité alimentaire : un exemple d'articulation des actions locales, régionales et nationales	77

INTRODUCTION

L'une des missions premières du réseau de la santé et des services sociaux consiste à faire en sorte que s'améliorent la santé et le bien-être de l'ensemble de la population québécoise. Cette mission nous amène rapidement à l'importance de réduire les écarts, en matière de santé et de bien-être, entre les différents groupes de la population et à la nécessité d'agir intensivement pour permettre à tous les enfants du Québec de naître et de grandir en santé, sans retards de développement ni problèmes d'adaptation sociale.

On compte encore, au Québec, un trop grand nombre de familles qui sont dans une situation qui les rend vulnérables. La pauvreté économique et sociale ou encore le jeune âge des parents font que ces familles risquent de connaître des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux tels que l'anémie diagnostiquée chez les femmes enceintes, la dépression postnatale, la prématurité des bébés, le retard de croissance intra-utérine, l'isolement social, l'abus et la négligence envers les enfants ou encore les problèmes d'adaptation et d'apprentissage. On observe toutefois que les services actuels ne suffisent pas à répondre aux besoins complexes de ces familles.

Un premier programme, Naître égaux – Grandir en santé (NEGS), a été conçu en 1991 par la Direction de santé publique de Montréal-Centre, en collaboration avec la Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue, pour offrir aux familles vulnérables des services intensifs et globaux, à la mesure de la complexité des problèmes auxquels elles doivent faire face. À la lumière des enseignements qui se dégagent de l'avis émis par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) en février 2000, des résultats de l'*Étude des effets de la phase prénatale du programme Naître égaux – Grandir en santé*, des nouvelles connaissances relatives à l'intervention périnatale dans les milieux défavorisés et des pratiques en cours dans le cadre des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, il est apparu souhaitable de procéder à la mise à jour dudit programme.

Vient ensuite le Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP), dont la création a été annoncée au cours du Sommet du Québec et de la jeunesse, en juin 2000. Ce programme devait prendre assise à la fois sur les connaissances scientifiques et sur les services déjà offerts à la population visée. Ainsi, les acquis basés sur l'expérimentation de NEGS, mais aussi le grand souci des intervenants, des gestionnaires et des personnes agissant à titre de répondants régionaux que le PSJP s'inscrive en continuité et en complémentarité avec les programmes existants – dont NEGS –, ont fait en sorte qu'une relation très étroite s'est établie entre les deux programmes. Par ailleurs, il importe de noter au passage que ces deux programmes sont basés sur le Nurse Home Visitation Program de David Olds (2002, 1999 et 1997).

Enfin, plusieurs régions du Québec ont mis en œuvre, dans le cadre des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, un programme de soutien éducatif précoce sur la base du modèle conçu par la Direction de santé publique du Bas-Saint-Laurent (Hamel, Bolduc et Hémond, 1997). Ce programme vise les mêmes enfants de 2 à 5 ans venant de milieux défavorisés ; il poursuit les mêmes objectifs liés au développement global de l'enfant et à celui des habiletés parentales.

Au fil des réflexions et des différents travaux concernant la planification ministérielle, il a été convenu d'inclure les trois programmes dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Les choix, exposés dans les pages qui suivent, ont fait l'objet de nombreuses discussions animées.

En plus d'avoir contribué à la rédaction du document, des professionnels des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ont discuté certaines questions entre eux et mené plusieurs consultations pour recueillir le point de vue de parents, de professionnels et de gestionnaires des CLSC d'alors, d'organismes communautaires ou de partenaires des autres secteurs d'intervention, et ce, dans la plupart des régions du Québec. Cette tournée a été suivie de la consultation d'universitaires et d'organismes publics ou communautaires nationaux.

Le document que nous vous présentons est le fruit de cet effort collectif. Il témoigne également d'une extraordinaire collaboration entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec et les régies régionales d'alors. Ce document s'adresse principalement aux professionnels et aux gestionnaires des centres de santé et de services sociaux et des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux engagés dans la mise en œuvre de ces services ainsi qu'aux personnes qui travaillent au sein des organismes communautaires ou qui participent à des regroupements intersectoriels. Tous ces acteurs doivent s'approprier le contenu avant d'offrir, selon les réalités régionales et locales, les services qui sont décrits dans ce document.

Nous posons ici les jalons des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité ; ces services comprennent le PSJP, le programme NEGS ainsi que les activités de soutien éducatif pour les familles comptant des enfants de 0 à 5 ans. Le présent document se divise en deux parties. La première porte sur les assises des services à offrir aux familles. On y aborde la vaste question du développement et de l'adaptation sociale des enfants avant de passer en revue les enseignements tirés des principaux programmes prénatals et postnatals. Après avoir précisé les visées des services, on présente la stratégie privilégiée pour l'intervention. La deuxième partie a pour objet les composantes des services, qui sont essentiellement l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être de ces familles.

À ce document s'ajoutent une grille d'identification des besoins, des guides d'intervention – en matière d'habitudes de vie, d'attachement parents-enfants et de développement de l'enfant –, un programme de formation ainsi qu'un document synthèse qui présente les éléments de base de l'intervention individuelle et collective.

SECTION I

LES ASSISES DES SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE

CHAPITRE 1. LE DÉVELOPPEMENT ET L'ADAPTATION SOCIALE DES ENFANTS

1.1 Les principaux déterminants du développement et de l'adaptation sociale des enfants

De façon générale, lorsqu'il est question du développement et de l'adaptation sociale de l'enfant, beaucoup d'importance est accordée au système familial. Tant les habitudes de vie que les attitudes des parents par rapport à l'éducation de leurs enfants influencent la vie familiale et, par conséquent, le développement et l'adaptation sociale de l'enfant. L'histoire psychosociale et de santé des parents, l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, la qualité de l'environnement familial et l'engagement parental sont quant à eux présentés comme des déterminants majeurs.

Par ailleurs, il est reconnu que les conditions de vie des parents déterminent de façon importante la réalité familiale. Le niveau de scolarité, le revenu familial, le réseau de soutien, le type d'environnement – comme le quartier ou le village –, la qualité du tissu communautaire et les différentes ressources présentes dans le milieu font que la famille dispose de plus ou moins de moyens favorisant son développement et celui des enfants qui la composent.

Les interactions impliquant les différentes composantes du milieu de vie immédiat de l'enfant – sa famille, son quartier, son service de garde, etc. – ont aussi une influence certaine sur son développement et son adaptation sociale. Ainsi, la cohérence des valeurs véhiculées par les différentes personnes avec qui l'enfant a des liens significatifs, la correspondance entre les horaires des services et la réalité familiale, l'accès aux services, la continuité de ces services ainsi que la qualité de la communication entre les personnes, entre les groupes d'une communauté, entre les parents et les autorités municipales jouent tous, plus ou moins directement, un rôle. Enfin, la culture, les valeurs sociales, l'économie et les politiques publiques sont également des déterminants puissants tant du développement que de l'adaptation sociale de l'enfant.

Parmi tous ces déterminants, nous en avons retenu deux : la pauvreté et le jeune âge des parents.

La pauvreté

Bien qu'ils fluctuent selon l'état de l'économie, les pourcentages de familles pauvres et de personnes prestataires de la sécurité du revenu au Québec sont parmi les plus importants au Canada, et ce, de façon constante depuis plusieurs années (Mayer et Morin, 2000). Plusieurs études ont démontré tant les effets néfastes de la pauvreté que ceux des inégalités sociales et économiques sur la santé ainsi que sur le bien-être des populations. L'analyse des données sur l'état de santé et de bien-être des enfants démontre aussi d'importantes inégalités entre les enfants de milieux favorisés et ceux de milieux défavorisés. La pauvreté a des répercussions importantes sur le développement des enfants et sur les conditions dans lesquelles s'exercent les rôles parentaux.

Ainsi, « selon le Forum national sur la santé (Forum national sur la santé, 1999), les enfants de milieux pauvres sont plus susceptibles que les enfants de milieux mieux nantis :

- d'éprouver des difficultés à la naissance ;
- de mourir au cours de leur première année de vie ;
- d'être malades plus souvent ;
- d'avoir des problèmes émotionnels ou des problèmes comportementaux ;
- d'accuser un retard intellectuel durant la période scolaire. » (Baron, 1999, p. 8)

Plus la pauvreté est grande et plus elle dure dans le temps, plus ses effets dévastateurs se font sentir. Plusieurs études font ressortir des liens significatifs entre la pauvreté et des problèmes de santé comme l'hypertension chez les mères, le retard de croissance intra-utérine ou la prématurité (Boyer et autres, 2001 ; Séguin et autres, 2001). Par comparaison aux enfants de milieux favorisés, les enfants de milieux pauvres sont moins souvent allaités et, lorsqu'ils le sont, la période d'allaitement est de plus courte durée ; ils ont une moins bonne couverture vaccinale, leur alimentation est plus souvent inadéquate et ils ont des suivis médicaux moins adaptés à leurs besoins (Baron, 1999). De la même manière, les enfants de milieux défavorisés développent un moins grand attachement sécurisant avec leurs parents, ils sont plus souvent victimes d'abus et de négligence, et ils vivent dans des environnements physiques qui présentent plus de risques pour leur santé et leur sécurité (Forum national sur la santé, 1999 et Conseil canadien de développement social, cités dans Baron, 1999). La pauvreté des enfants et des familles représente également un risque majeur pour le développement cognitif, affectif, langagier et social des enfants (Zoccolillo, 2000 ; Shore, 1997). Enfin, les enfants de milieux défavorisés courent plus de risques de ne pas terminer leurs études secondaires (Duncan et autres, 1998) et, dans le cas des filles, plus de risques d'avoir une grossesse précoce (Clampet-Lundquist, 1998) que les enfants de milieux favorisés.

En plus de devoir faire face à des privations de toutes sortes, les familles vivant dans la pauvreté font souvent l'objet de jugements négatifs et sont souvent exclues des principaux circuits de la participation sociale. Elles sont exposées à des stress chroniques, luttant continuellement pour satisfaire leurs besoins primaires. De plus, il est démontré que les parents qui connaissent des situations de stress chronique sont plus souvent distraits, abusifs ou agressifs envers leurs enfants. Ainsi, selon le Conseil canadien de développement social, les parents à faible revenu ont quatre fois plus tendance à se sentir chroniquement stressés que ceux ayant un revenu élevé (Ross et Roberts, 1999). Il est aussi reconnu que le stress intense a des effets néfastes tant sur le développement intra-utérin du fœtus que sur le développement de l'enfant.

Plusieurs études font toutefois ressortir que certains enfants, bien qu'ils vivent dans l'extrême pauvreté, se développent normalement. Différents facteurs, présents dans leur environnement, les protègent des effets néfastes de la pauvreté. C'est le cas, notamment, d'un attachement sécurisant avec un parent ou une personne importante pour eux.

D'autres études encore démontrent que les pratiques parentales adéquates permettent de contrer les effets négatifs de la pauvreté sur le développement des enfants (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, cité dans Baron 1999).

La pauvreté est donc un déterminant majeur de la santé et du bien-être des enfants comme des familles. Voilà pourquoi, en plus d'offrir des services intensifs et continus aux familles qui en ont besoin pour prévenir les conséquences néfastes de la pauvreté, en plus aussi de favoriser l'intégration et la participation sociale de ces familles, il faut, de façon plus large, lutter contre la pauvreté et améliorer leurs conditions de vie. L'intervention d'acteurs de différents niveaux se révèle nécessaire afin que diverses mesures sociales soient mises en place de façon à mieux répondre aux besoins des familles qui vivent en contexte de vulnérabilité. De même, des actions devront viser l'adaptation et l'harmonisation des politiques publiques aux besoins particuliers des familles pauvres comptant de jeunes enfants.

Le jeune âge des parents

Le jeune âge des parents est l'un des facteurs qui fait augmenter le risque pour l'enfant d'éprouver des problèmes de comportement et des retards de développement (Bonneau et autres, 2001). En effet, selon les données de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ), 95 % des mères primipares de moins de 20 ans connaissent l'une des conditions suivantes :

- ne pas avoir de diplôme d'études secondaires ;
- vivre dans un ménage à faible revenu ;
- ne pas habiter avec le père biologique de l'enfant ;
- avoir eu au moins deux troubles de la conduite (fugue, vol, absentéisme scolaire, par exemple) pendant l'enfance ou l'adolescence (Bonneau et autres, 2001).

Les jeunes femmes qui prennent la décision de mener leur grossesse à terme ont un profil différent de celles qui optent pour interrompre leur grossesse (Comité interministériel sur la prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes, 2001). Les premières présentent davantage de difficultés scolaires, elles ont moins d'aspirations professionnelles et viennent de milieux plus défavorisés. Elles ont souvent des modèles de femmes ayant eu une grossesse précoce dans leur entourage. Pour ces jeunes filles, le projet de maternité constitue un avenir intéressant. Devenir mère est aussi une façon de se valoriser, de combler un vide affectif et d'accéder rapidement au monde adulte ou, parfois, le moyen qui leur permettra de quitter le nid familial. C'est une réponse aux besoins fondamentaux d'amour, de respect et de reconnaissance sociale (Colin et autres, 1992).

Les pères d'enfants nés de jeunes mères ont un profil psychosocial semblable à celui de ces jeunes mères : issus du même milieu socioéconomique qu'elles, plusieurs ont quitté l'école et vivent de l'aide sociale ou occupent un emploi peu rémunéré. De façon générale, ils s'investissent peu dans leurs nouvelles responsabilités, qui leur semblent trop lourdes. Fréquemment, ils sortent du réseau de la jeune femme dans les premières années de vie de l'enfant (Cardinal Remete, 1999 ; Goulet et autres, 2001). La stabilité des couples formés de jeunes qui ont moins de 20 ans est très précaire, la relation de couple se détériorant souvent dans les deux années qui suivent l'accouchement (Charbonneau, 1999b).

Les jeunes mères vivent souvent dans la pauvreté et sont sous-scolarisées. Le taux de grossesse est plus élevé chez les décrocheuses ; de plus, celles-ci choisissent davantage de mener leur grossesse à terme. En fait, selon les travaux québécois, le pourcentage d'adolescentes qui abandonnent leurs études ou abaissent leurs objectifs scolaires initiaux après la naissance de leur enfant se situe entre 50 et 75 % (Poissant, 2002). Pour ce qui est des jeunes filles qui sont toujours aux études, la maternité les amène souvent à quitter

l'école. En délaissant l'école, elles risquent davantage d'avoir des grossesses subséquentes rapprochées, alors qu'un retour rapide à l'école ou au travail à la suite d'un accouchement est souvent gage d'une trajectoire de vie plus facile (Charbonneau, 1999b). Étant donné leur faible scolarisation, l'intégration au marché du travail est plus difficile (Gosselin, Lanctôt et Paquette, 2000, cités dans Poissant, 2002). L'aide de dernier recours devient, pour plusieurs, le moyen de subvenir à leurs besoins et à ceux de l'enfant (Comité interministériel sur la prévention des grossesses précoces et le soutien aux mères adolescentes, 2001). Les deux tiers des jeunes mères de moins de 20 ans auraient recours à l'aide sociale (Institut de la statistique du Québec, 2001).

Pour réussir à assumer adéquatement leurs responsabilités familiales, les jeunes mères ont besoin d'être bien entourées :

« Dans la mesure où ces jeunes mères ont accès à des modèles de réussite, obtiennent du soutien de la part de leurs parents, peuvent s'inscrire à des programmes scolaires sur mesure et où elles ont aussi pu faire appel à des réseaux sociaux d'aide informels, dans la mesure où elles ont conservé leurs aspirations professionnelles, elles réussissent à s'en sortir. » (Bouchard, 1989, p. 139)

1.2 Un modèle théorique pour bien saisir la complexité des problèmes : le modèle écologique

En plus de préciser les différents facteurs qui influencent le développement des personnes, la perspective écologique met en lumière toutes leurs interactions. Cette lecture écologique situe le développement humain dans son contexte global d'adaptation mutuelle et progressive entre une personne et les propriétés changeantes de l'environnement physique et social dans lequel elle vit. Le développement d'un enfant dépend donc, au-delà des compétences parentales, d'un ensemble de facteurs qui sont interreliés de façon assez complexe. Bronfenbrenner (1986 et 1979) a découpé cet environnement en six sous-systèmes qui sont liés les uns aux autres.

Le **macrosystème** est le sous-système le plus englobant. Il est défini comme l'ensemble des croyances, des valeurs, des normes et des idéologies véhiculées dans une communauté, dans une société.

L'**exosystème** se réfère aux lieux non fréquentés par l'individu, mais dont les activités ou les décisions se répercutent sur lui, sur ses activités, sur les rôles qu'il joue dans ses différents milieux de vie. L'ensemble des instances décisionnelles qui ont une influence sur la famille font partie de ce sous-système. Les conseils d'établissement d'une école qui décident de l'accès au service de garde après l'école, par exemple, exercent une influence certaine sur le développement de l'enfant.

Le **mésosystème** est constitué par l'ensemble des liens entre les différents milieux de vie d'une personne, entre autres les liens entre la famille et l'école, entre la famille et le travail, entre la famille et les ressources du milieu ou encore entre le travail et l'école. Ce système s'établit là où l'on se préoccupe de la continuité et de la compatibilité entre les milieux de vie d'une personne. À titre d'exemple, le parent, qui est aussi travailleur, membre d'une association, citoyen d'une communauté, est affecté par ce qu'il vit dans ces milieux lorsqu'il arrive à la maison. Ainsi, la difficulté de concilier l'horaire de travail avec la vie familiale aura un effet sur sa disponibilité auprès de ses enfants et sur ses comportements à la maison. Il est clair, toutefois, que ce n'est pas le seul fait de travailler à l'extérieur ou non qui importe, mais la possibilité de concilier adéquatement les deux rôles.

Le **microsystème** est l'environnement immédiat où une personne s'engage dans un ensemble d'activités, de rôles et de relations interpersonnelles. Cet environnement immédiat, avec ses particularités physiques, sociales et symboliques, est constitué de groupes d'individus qui ont des caractéristiques personnelles et un système de croyances distinct (la famille, les pairs, la direction de l'école, etc.)

Le **chronosystème** correspond, quant à lui, à l'ensemble des considérations temporelles (l'âge de la personne, la durée et la simultanéité des événements) et des circonstances qui caractérisent une situation. C'est le *où*, le *quand*, le *comment*, le *depuis combien de temps*, par exemple. D'une part, le chronosystème comprend les différentes transitions dans la vie. Ces transitions proviennent de l'environnement (l'entrée à l'école, l'entrée sur le marché du travail, le divorce des parents, etc.) ou de l'enfant lui-même (puberté, maladie sévère). D'autre part, il comprend les effets cumulatifs de ces mêmes transitions. Ainsi, les blessures du passé, les expériences difficiles comme les succès sont à prendre en considération pour comprendre une situation particulière.

L'**ontosystème** concerne les caractéristiques individuelles de la personne, c'est-à-dire ses compétences, ses habiletés ou ses déficiences, son tempérament, son histoire personnelle, son bagage génétique, ses habitudes de vie ainsi que ses mécanismes d'adaptation. Chacun des membres de la famille a son propre ontosystème et son profil personnel.

Selon le modèle écologique, des services visant à soutenir efficacement le développement des enfants de 0 à 5 ans qui se trouvent dans une situation les rendant vulnérables doivent nécessairement inclure tant des actions à l'intention des enfants eux-mêmes, des pères et des mères que des actions dans les différents milieux de vie de l'enfant. En effet, adopter une perspective écologique, c'est :

- s'intéresser à l'interdépendance des éléments du modèle et refuser de voir les choses de façon statique et linéaire ;
- reconnaître à l'être humain sa capacité d'agir sur les systèmes sociaux ;
- renforcer les réseaux sociaux et faciliter les rapports de l'individu avec sa communauté ;
- opter pour une approche visant le renforcement du pouvoir d'agir¹, de l'individu, selon laquelle celui-ci est reconnu comme acteur de sa vie et dans la société.

Soulignons ici que d'autres modèles théoriques, sous-jacents à l'intervention clinique et communautaire, sont présentés dans les guides d'intervention qui s'ajoutent au présent cadre de référence. Ces modèles s'articulent toutefois bien au modèle écologique, plus large, sur lequel s'appuie l'ensemble des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.

¹. Le concept est défini au point 4.1 de la section I.

CHAPITRE 2. L'EXPÉRIMENTATION DES PROGRAMMES PRÉNATALS ET POSTNATALS

En février 2000, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a émis un avis scientifique sur le programme NEGS afin que la Table de coordination nationale de santé publique puisse prendre une décision éclairée quant à la pertinence d'étendre l'offre de ce programme à tout le Québec (Boyer et Laverdure, 2000).

Pour formuler son avis, l'INSPQ a utilisé trois sources d'information :

- une revue des études comparatives portant sur les essais cliniques randomisés relatifs aux programmes prénatals et postnatals ;
- une revue des études québécoises portant sur le programme NEGS lui-même ;
- la consultation de professionnels travaillant dans les directions de santé publique des régions régionales d'alors ou au ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que de chercheurs universitaires.

2.1 Les enseignements à retenir de certains programmes

Selon l'avis de l'INSPQ, les programmes de distribution de suppléments alimentaires durant la grossesse permettent de réduire la mortalité fœtale et la mortalité néonatale. Lorsque l'apport calorifique est important, ils peuvent améliorer, quoique modestement, la croissance fœtale. Toutefois, aucun effet à moyen terme n'a été démontré sur la santé de la mère ou sur la croissance de l'enfant.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a subventionné, en 1991, un projet pilote visant à évaluer l'implantation en CLSC de l'intervention nutritionnelle Higgins auprès de femmes enceintes de milieux défavorisés. Cette étude de cohorte, basée toutefois sur un devis quasiexpérimental, a été effectuée par le Dispensaire diététique de Montréal dans deux CLSC (celui de Matane et celui de Saint-Henri). Les auteures en ont conclu que la méthode Higgins peut facilement être implantée en CLSC et que, si elle était appliquée dans toute la province de Québec, avec au moins quatre rencontres entre la femme enceinte et la nutritionniste, le taux de bébés de petits poids pourrait diminuer d'au moins 50 % dans la population cible (Duquette, Desrosiers-Choquette et Dubois, 1991). Dans le cadre de ce projet, les résultats de l'étude d'impact ont révélé que la participation au programme avait permis de réduire l'écart entre le poids à la naissance des enfants de mères défavorisées et celui des enfants de milieux favorisés : habituellement de 200 à 300 g, cet écart était de 99 g dans l'étude, après contrôle des facteurs de confusion (Duquette, Desrosiers-Choquette et Dubois, 1991). Cette étude confirme le fait que, comme la consommation de tabac durant la grossesse, l'alimentation, avant et pendant la grossesse, peut affecter le poids du bébé à la naissance et constitue l'un des éléments modifiables des habitudes de vie de la femme enceinte.

Par ailleurs, les femmes enceintes qui participent à des programmes d'aide pour cesser de fumer diminuent de façon significative leur consommation de cigarettes. Certains programmes de réduction de la consommation de tabac se sont aussi avérés efficaces pour faire augmenter le poids moyen des nouveau-nés et faire réduire l'insuffisance de poids à la naissance, sans toutefois permettre de faire décroître la grande insuffisance de poids à la naissance.

Toujours selon l'avis de l'INSPQ, les programmes qui visent à renforcer le soutien social des mères vivant dans la pauvreté semblent avoir un effet sur des variables psychosociales comme l'anxiété durant la grossesse et le sentiment d'épuisement, mais ne permettent pas de contrer l'insuffisance de poids à la naissance.

En ce qui concerne les programmes prénatals à composantes multiples à l'intention des femmes enceintes de milieux défavorisés, malgré les effets positifs obtenus, aucune étude ne permet de conclure que ces programmes influent sur l'insuffisance de poids à la naissance. Un problème se pose toutefois lorsque les programmes globaux sont offerts indistinctement à toutes les femmes enceintes considérées comme à risque par le seul fait qu'elles soient pauvres. Lorsque les composantes des programmes sont bien choisies et qu'elles ciblent des femmes qui présentent des risques précis et modifiables tels que la consommation de tabac, la toxicomanie, la malnutrition, l'anxiété ou les infections urinaires, les programmes donnent de meilleurs résultats.

D'après la méta-analyse de Stevens-Simon et Orleans (citée dans Boyer et Laverdure, 2000), les programmes prénatals à composantes multiples destinés à des femmes enceintes ciblées uniquement sur la base de leur statut socioéconomique n'ont pas d'effet sur la réduction de l'insuffisance de poids à la naissance, mais certains auront une influence sur des variables intermédiaires comme la dépression, l'alimentation et le stress. Selon ces auteures, un programme qui n'amène pas les futures mères à réduire leur consommation de tabac ou de substances psychotropes, une intervention nutritionnelle par laquelle les mères ne parviennent pas à refaire leurs réserves, un traitement antibiotique qui ne réussit pas à éliminer l'infection ou un soutien social qui n'aide pas les femmes à faire face aux stress dans leur vie ne peuvent favoriser la diminution de l'insuffisance de poids à la naissance. Pour améliorer l'efficacité des programmes de soins globaux, les auteures recommandent de concevoir des activités qui portent précisément sur des facteurs de risque modifiables pendant la grossesse, lesquels touchent la population visée. De plus, les experts s'entendent pour recommander que soient offerts des programmes d'intervention, mais aussi des actions massives sur les causes structurelles de la pauvreté.

Quant aux programmes prénatals et postnatals de visites à domicile, les difficultés sont grandes pour recruter, faire coopérer activement et garder les participantes. Si leurs effets sont plutôt limités en ce qui a trait au développement des compétences parentales et au développement sain des enfants, ceux qu'ils ont sur la diminution de l'abus et de la négligence semblent plus intéressants. La mise en œuvre de ces programmes pose également un certain nombre de problèmes : il est difficile pour les établissements d'offrir les activités selon l'intensité et la continuité prévues dans les programmes ; il est difficile pour les intervenants de respecter les plans d'intervention établis, ceux-ci devant s'ajuster régulièrement à des crises familiales, et on ne dispose pas de données sur l'efficacité comparée des programmes selon le type de ressources engagées.

Enfin, il semble clair qu'aucun programme d'intervention précoce ne peut, à lui seul, compenser les effets dévastateurs de la pauvreté sur la santé et le bien-être des mères et de leurs enfants.

2.2 Les enseignements à retenir du programme Naître égaux – Grandir en santé

Depuis 1991, huit projets de recherche ont permis de suivre l'expérimentation du programme Naître égaux – Grandir en santé dans dix territoires locaux de Montréal et de l'Abitibi-Témiscamingue². Ainsi, des évaluations de la mise en œuvre du programme, la validation de deux outils, deux études qualitatives et deux études des effets de ce programme ont alimenté les pratiques des intervenants, des gestionnaires et des planificateurs engagés dans la mise en œuvre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. L'avis de l'Institut national de santé publique du Québec rapporte principalement les résultats de l'étude portant sur les effets du volet prénatal du programme NEGS. Essentiellement, cette étude a permis de constater :

- que le programme permet, hors de tout doute, d'entrer en contact avec les futures mères sous-scolarisées vivant dans une grande pauvreté. De plus, ces femmes participent au programme au moins jusqu'à la naissance du bébé – rappelons qu'il s'agit ici de l'évaluation du volet prénatal seulement ;
- que les mères participant au programme ont beaucoup moins tendance à faire de l'anémie postnatale et qu'elles font une consommation significativement plus grande de nouveaux aliments au cours de leur grossesse, particulièrement des produits laitiers, ainsi qu'une consommation plus grande de vitamines et d'une plus grande variété de légumes. De plus, les mères d'origine québécoise allaitent leur bébé dans une plus forte proportion et les bébés qui ne sont pas allaités reçoivent deux fois moins souvent du lait de vache ;
- que les mères qui bénéficient du programme reçoivent plus d'information sur l'alimentation au cours de la grossesse et l'alimentation du nourrisson, sur la grossesse et l'accouchement, sur la prévention du tabagisme ainsi que sur les possibilités d'aide matérielle et elles reçoivent, de fait, trois fois plus d'aide matérielle ;
- que le programme améliore, à court terme, la santé mentale des mères, ce qui peut avoir un effet important sur le sentiment de compétence maternelle comme sur les risques d'abus et de négligence envers les enfants. De plus, selon les intervenants, les participantes demandent plus facilement de l'aide lorsqu'un problème se pose immédiatement après la naissance du bébé ;
- que le programme NEGS n'a toutefois pas plus d'effet sur l'insuffisance de poids à la naissance que le programme de distribution des suppléments alimentaires associé aux programmes courants. Il n'a pas d'effet non plus sur la réduction de la consommation de tabac. À cet égard, il se peut que le fait de fumer explique, en partie, le peu d'influence d'un tel programme à composantes multiples sur l'insuffisance de poids à la naissance ;
- qu'en ce qui concerne les objectifs liés au renforcement de leur pouvoir d'agir, les parents doivent pouvoir compter sur un accompagnement personnalisé pour réussir des démarches d'intégration sociale et communautaire comme l'insertion aux études ou au marché du travail. Celui-ci demande du temps et des approches particulières de la part des intervenants.

². Il s'agit des CLSC Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est, Mercier-Est/Anjou, Olivier-Guimond, Hochelaga-Maisonneuve, des Faubourgs, Verdun/Côte Saint-Paul, Saint-Michel et Pierrefonds, à Montréal, ainsi que du CLSC Le partage des eaux et du Centre de santé Vallée-de-l'Or en Abitibi-Témiscamingue.

Sur la base de l'ensemble de l'information présentée, il se dégage trois grandes conclusions de l'avis de l'INSPQ :

- il faut intervenir sur les causes structurelles de la pauvreté, à l'origine des inégalités sociales et de santé ;
- il faut continuer d'étendre des programmes du type NEGS à tout le Québec, à la lumière des bénéfices connus et potentiels de ce même programme en périnatalité visant la réduction des inégalités ;
- il faut adapter la stratégie de recherche et de transfert des connaissances en tenant compte de la réalité dans les régions du Québec pour maximiser l'efficacité du programme NEGS et en soutenir la mise en œuvre partout.

2.3 Des pistes concernant la révision des services en périnatalité et pour la petite enfance

Certaines questions se posent au sujet de la révision du programme NEGS. Ces questions doivent être abordées sous l'angle de l'évolution dudit programme et sous celui de la mise en œuvre du Programme de soutien aux jeunes parents. L'idée n'est pas de remettre en question les fondements du programme NEGS, mais plutôt de trouver les moyens de le consolider eu égard à son implantation dans toutes les régions du Québec.

- Les objectifs se rapportant à la promotion de la santé et la plupart des objectifs concernant la prévention fixés dans le programme ne sont pas remis en question dans l'avis. Toutefois, considérant que ce type de programme global a trop peu d'effets sur l'insuffisance de poids à la naissance, il faudrait concevoir de nouvelles stratégies d'intervention qui visent précisément à améliorer les habitudes de vie et la santé physique des mères tout en assurant le soutien nécessaire à celles-ci.
- Le programme permet, hors de tout doute, d'entrer en contact avec une partie de la population cible, soit les mères sous-scolarisées vivant dans l'extrême pauvreté. Des efforts supplémentaires doivent toutefois être fournis pour trouver davantage de participantes. À cet effet, des stratégies de recrutement ainsi que des collaborations formelles avec les médecins et avec les autres ressources du milieu doivent être établies.
- Les effets sont renforcés lorsqu'un programme global de ce type comprend des mesures portant sur l'amélioration des habitudes alimentaires et la réduction de la consommation de tabac.
- Il est reconnu que les programmes d'intervention précoce ne peuvent à eux seuls avoir une influence significative sur les effets dévastateurs de la pauvreté. La mise à jour du programme NEGS devrait permettre d'appuyer les actions à portée individuelle par des actions sociales et politiques afin d'avoir les meilleurs résultats possible. Les familles ne sont pas les seules responsables de leurs habitudes de vie ; la société a aussi sa part de responsabilité et doit contribuer aux changements visés, en assurant par exemple l'accès à un revenu minimum garanti ou à des services adaptés et intensifs pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité.
- En ce qui a trait au suivi postnatal, il faudrait s'assurer que les enfants bénéficient d'un soutien plus direct, plus intense et plus long. Les actions relatives au soutien éducatif précoce devraient, en fait, s'inscrire en continuité avec les programmes du type NEGS puisqu'il s'agit de services ayant des objectifs complémentaires à offrir à la même population.

Ainsi, l'avis émis par l'Institut national de santé publique du Québec, mais aussi les nouvelles connaissances dans le domaine de l'intervention préventive en périnatalité et auprès des jeunes enfants ainsi que l'expertise acquise sur le terrain depuis dix ans au Québec nous amènent à revoir les services en périnatalité et pour la petite enfance. Les principaux constats sur lesquels s'appuie le présent cadre de référence sont les suivants :

- il faut mieux intégrer aux services le modèle écologique et l'approche visant le renforcement du pouvoir d'agir de l'individu préconisée dans le programme NEGS ;
- mieux articuler les différentes composantes du programme – suivi individualisé, accompagnement communautaire et action intersectorielle locale – et intégrer à ce programme des activités de soutien éducatif précoce pour les enfants de 0 à 5 ans se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables ;
- renforcer les actions en matière d'habitudes de vie : alimentation, consommation de tabac, de drogues et d'alcool, activité physique, sécurité à domicile, santé dentaire et suivi de santé ;
- renforcer les actions qui visent le développement des habiletés parentales et le développement global des tout-petits ;
- mieux articuler les actions qui visent le soutien à la création d'environnements favorables entre les niveaux local, régional et national.

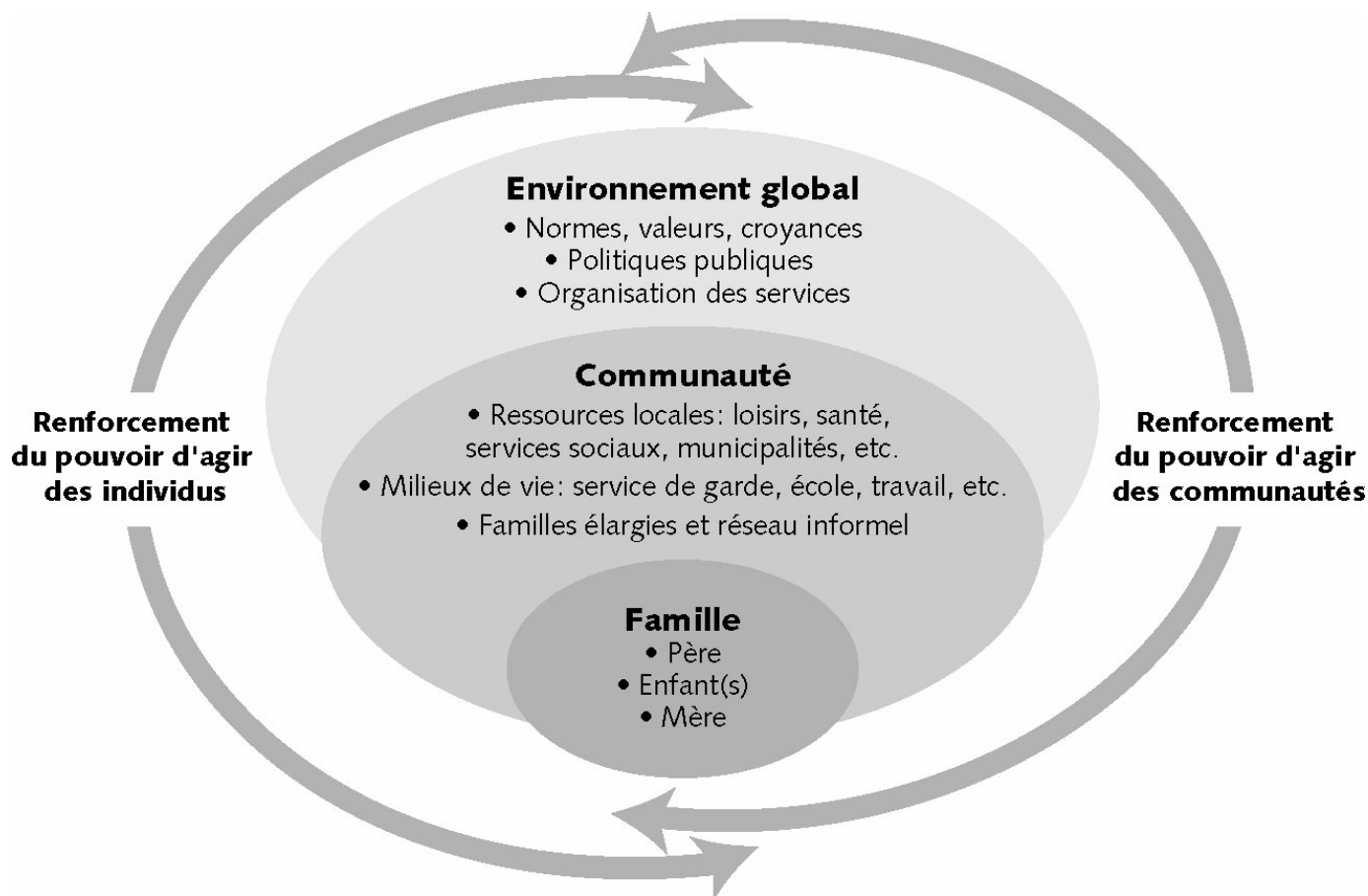
CHAPITRE 3.

LES SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE

En conformité avec le modèle écologique qui situe le développement de l'enfant dans un environnement complexe et avec les déterminants de ce même développement et de l'adaptation sociale de l'enfant, les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, tout comme leur évaluation, doivent couvrir une longue période de temps. De cette manière, ils pourront contribuer, à long terme et grâce à un ensemble de partenaires, à diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux.

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance visent à la fois les femmes enceintes, les bébés à naître, les mères, les pères et les familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables pour favoriser, ultimement, le développement des enfants. En effet, selon le modèle écologique et comme l'indique la figure qui suit, certaines activités sont offertes directement aux enfants et d'autres, aux mères et aux pères afin d'améliorer leur propre santé et leur bien-être. Enfin, des activités sont également organisées, en collaboration avec un ensemble de partenaires, dans les différents milieux de vie et dans l'environnement plus global afin de soutenir les enfants, les parents et les familles dans la recherche de leur mieux-être.

Le projet de donner naissance à des enfants en santé et de favoriser leur développement jusqu'à l'entrée à l'école doit être, en ce sens, au cœur de l'intervention individuelle et collective. Le renforcement du pouvoir d'agir des personnes et des communautés constitue la stratégie d'intervention privilégiée, de sorte que l'on s'appuiera sur les forces individuelles et collectives, qu'on soutiendra tant les personnes que les communautés dans leurs actions respectives et que l'on favorisera la création d'environnements favorables au développement et à l'adaptation sociale des enfants qui se trouvent dans une situation qui les rend vulnérables.



3.1 Le but

La mise en œuvre du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) est l'une des actions inscrites dans le document intitulé *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille* et publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). Dans la perspective d'agir en amont des difficultés graves d'adaptation sociale des enfants et avant d'offrir des services de protection aux jeunes, le PSJP vise principalement la diminution de l'abus et de la négligence envers les enfants. Il était prévu, dans ce document d'orientations ministérielles, d'implanter le PSJP en cohérence et en continuité avec les programmes du type NEGS déjà offerts dans le cadre des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*.

Avec le *Programme national de santé publique 2003-2012*, il devenait nécessaire d'unifier les services en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Le but visé, ainsi que les objectifs présentés ci-après, couvrent cette même période.

Ainsi, d'ici 2012, et dans une perspective encore à plus long terme, de manière à contribuer à diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et des problèmes sociaux – dont l'abus et la négligence envers les enfants –, les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance visent :

- à maximiser le potentiel de santé et de bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants de 0 à 5 ans étant dans une situation qui les rend vulnérables ;
- à inclure la naissance et le développement des enfants dans un projet de vie porteur de réussite pour les parents, tout en renforçant le pouvoir d'agir des familles et des communautés dans toutes les sphères de la vie : personnelle, familiale, sociale, culturelle, économique et politique.

3.2 Les objectifs généraux

- D'ici 2012, il faut faire en sorte que diminuent la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères 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) ;
 - en améliorant les suivis de santé physique et mentale de la femme enceinte et de sa famille, incluant la planification des naissances, la santé dentaire et la couverture vaccinale ;
 - en améliorant la sécurité à domicile ;
 - en favorisant l'adoption de comportements sexuels sécuritaires.
- D'ici 2012, il faut favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables :
 - en augmentant le taux et la durée de l'allaitement ;
 - en développant et en renforçant le lien d'attachement parents-enfants ;
 - en augmentant et en renforçant les compétences parentales ;
 - en stimulant le développement cognitif (incluant le langage), affectif, social et psychomoteur des enfants.
- D'ici 2012, il faut faire en sorte que s'améliorent les conditions de vie des mères, des pères 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 leur projet de vie ;
 - en améliorant l'accessibilité et la continuité des services publics et communautaires ;
 - en soutenant la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être.

Des objectifs particuliers sont définis dans les guides d'intervention, lesquels contiennent également des activités visant à la fois les personnes ou les milieux de vie.

3.3 Les populations visées

Considérant l'importance des déterminants sociaux sur la santé comme sur le bien-être des femmes enceintes, des bébés à naître, des pères et des enfants d'âge préscolaire, et considérant les conséquences majeures que peuvent avoir le jeune âge, le niveau de scolarité ainsi que le niveau de revenu de la mère, les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance comportent deux volets, soit le soutien aux jeunes parents et le soutien aux familles qui vivent dans l'extrême pauvreté.

De façon plus précise, les services intégrés s'adressent :

- aux jeunes femmes enceintes dont la date d'accouchement est prévue avant leur vingtième anniversaire de naissance et aux mères âgées de moins de 20 ans au moment de leur inscription aux services ainsi qu'aux pères et à leurs enfants de 0 à 5 ans ;
- aux femmes enceintes et aux mères âgées de 20 ans ou plus, aux pères ainsi qu'à leurs enfants de 0 à 5 ans qui vivent dans l'extrême pauvreté.

Le concept d'extrême pauvreté fait davantage référence à l'ampleur des problèmes liés à la pauvreté et à la persistance de ces problèmes dans le temps qu'à un indicateur proprement dit. Les deux indicateurs qui permettent le mieux de cerner le concept sont :

- la sous-scolarisation des mères, soit le fait qu'elles n'aient pas de diplôme d'études secondaires, au secteur général ou au secteur professionnel ;

- un revenu se situant sous le seuil de faible revenu tel qu'il est défini par Statistique Canada.

Par ailleurs, le jugement clinique demeure un élément essentiel pour évaluer les besoins des mères, des pères et de leurs enfants. Le jeune âge des parents et un très faible revenu sont en soi des critères de sélection importants. Mais ceux-ci sont souvent associés, chez les mères, à d'autres facteurs de risque comme la monoparentalité, l'inactivité (ni travailleuse, ni étudiante, ni bénéficiaire d'un programme d'intégration au travail) ou le fait de ne pas avoir de diplôme d'études secondaires – générales ou professionnelles. Plus le nombre de facteurs de risque est élevé, plus la vulnérabilité de la famille est grande.

De la même manière, il faut considérer les caractéristiques particulières telles que celles vécues par les familles qui ont immigré récemment. Ainsi, une immigrante enceinte peut avoir un diplôme mais, vu son statut, son arrivée récente au Québec et son parcours migratoire particulier, elle peut traverser une période très critique pendant laquelle elle cumule plusieurs facteurs de risque la rendant vulnérable. Elle pourrait alors avoir accès à des services intensifs mais pour une période restreinte.

3.4 Les mandataires et les collaborateurs

Les centres de santé et de services sociaux sont responsables d'offrir sur leur territoire les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à la population visée, et ce, en collaboration avec les partenaires intersectoriels. Des ententes de service peuvent aussi être conclues avec certains établissements et organismes lorsque cela est nécessaire.

CHAPITRE 4.

LA STRATÉGIE PRIVILÉGIÉE D'INTERVENTION : LE RENFORCEMENT DU POUVOIR D'AGIR DES PERSONNES ET DES COMMUNAUTÉS

La perspective écologique dans laquelle se situent les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance démontre clairement que les déterminants de la santé et du bien-être relèvent tant des personnes que des différents systèmes sociaux régissant les relations entre ces personnes et leur environnement. Elle fait ressortir, par la même occasion, l'importance d'intervenir, de façon concomitante, auprès des personnes et sur leur environnement. Les individus, les parents et les familles ne pourront que mieux s'investir dans un processus de changement s'il existe, dans leurs différents milieux de vie, un mouvement qui va dans le même sens. Ainsi, la responsabilité du changement doit être partagée par tous les acteurs concernés (familles, intervenants, organismes, institutions) de façon à ne pas faire porter tout le poids aux familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

La stratégie d'action qui est au cœur des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance consiste donc à développer et à soutenir la capacité d'agir des personnes ainsi que la capacité d'agir des communautés pour une meilleure santé et un plus grand bien-être des femmes enceintes, des mères, des pères et des enfants.

4.1 Qu'est-ce que le renforcement du pouvoir d'agir ?

De façon générale, le terme *empowerment* fait référence à l'idée d'un pouvoir accru des individus et des collectivités sur leur vie, dans une perspective de changement social. L'*empowerment* est un processus visant à élargir le champ des actions possibles, tant sur le plan personnel – par le développement des connaissances et des compétences, par exemple, – que sur celui de l'environnement – par un meilleur accès aux ressources, entre autres –, afin d'atteindre un ou plusieurs objectifs précis.

Compte tenu que le terme *empowerment* évoque à la fois l'augmentation du pouvoir et celle de l'action, certains auteurs proposent de traduire ce terme par *pouvoir d'agir*. Comme le pouvoir d'agir est un concept difficile à cerner dans une définition unique, il faut le définir en fonction du contexte dans lequel il est utilisé. Ces auteurs suggèrent la définition suivante dans le contexte des pratiques sociales :

« [...] le terme "pouvoir d'agir" fait référence à la possibilité pour les personnes de mieux "contrôler leur vie" (Rappaport, 1987) ou de devenir "les agents de leur propre destinée" (Breton, 1989). De façon plus précise, nous pouvons définir le pouvoir d'agir comme un processus caractérisé par l'exercice d'un plus grand contrôle sur l'atteinte d'objectifs importants pour une personne, une organisation ou une communauté (Rappaport, 1987). » (Le Bossé et Dufort, 2001, p. 85).

4.2 Le renforcement du pouvoir d'agir des individus

La période qui entoure la naissance d'un enfant peut constituer une phase privilégiée de changements pour plusieurs familles. Toutefois, si l'on veut favoriser ces changements et accompagner les familles dans leur cheminement, il s'avère nécessaire d'éviter les attitudes qui les culpabilisent ou qui les dépossèdent de leur pouvoir d'agir. L'expérience a clairement montré qu'une approche centrée sur le contrôle social ne réussit qu'à accentuer la méfiance des familles envers les ressources et leur refus de les utiliser.

À l'inverse, une approche visant le renforcement du pouvoir d'agir se veut respectueuse des valeurs et des façons de faire des familles en même temps qu'elle est basée sur l'idée que les personnes étant dans des situations très difficiles ont les aptitudes ou peuvent acquérir les ressources pour s'en sortir. Selon cette approche, on considère « les personnes pauvres comme sujets agissants et pensants plutôt que de s'attarder à la détermination de leurs manques et de leurs besoins » (Lecuit, 1996, p. 209, cité dans St-Amand et Kérisit, 1998).

Il n'existe pas de modèle à suivre comprenant différentes étapes pour atteindre un niveau idéal d'*empowerment*. La démarche qui mène à une plus grande capacité d'agir sur sa vie doit nécessairement être située dans le contexte de la trajectoire de vie d'une personne. Cette trajectoire est unique à chacun et le processus qui mènera un individu vers un plus grand pouvoir d'agir ne peut être compris qu'à la lumière de son expérience personnelle, passée et actuelle (Ouellet et autres, 2000b).

La façon privilégiée de renforcer le pouvoir d'agir des parents est justement d'inclure la naissance de l'enfant et le développement des tout-petits dans un projet de vie porteur de réussite pour les parents. Le projet de vie ou la capacité des parents de se projeter dans un avenir plus ou moins rapproché en fonction d'un projet précis est ce qui motive ces personnes à aller de l'avant et à accomplir des actions concrètes pour le réaliser. Le projet de vie d'une famille sera éventuellement constitué d'un ensemble de projets qui concernent toute la cellule familiale ou chacun de ses membres. Ce projet peut être lié à diverses sphères de la vie – personnelle, parentale ou professionnelle, par exemple. Ainsi, en plus d'être parents, le père et la mère pourront vouloir se réaliser dans des projets socioprofessionnels tels que le retour aux études ou le retour sur le marché du travail. Le fait d'avoir des aspirations, de tendre vers des objectifs – comme vouloir améliorer ses conditions de vie, se tailler une place dans la communauté ou se bâtir un réseau social significatif – sont d'autres éléments qui peuvent constituer un projet de vie.

Ce sont les membres de la famille qui peuvent déterminer le projet porteur de réussite pour eux, projet qui donne souvent un sens à leur vie. Pour les personnes très vulnérables, « [...] le projet de fonder une famille et de procurer à leurs enfants la sécurité qu'ils n'ont pas eue dans leur enfance devient une façon de donner un sens à des existences difficiles » (Ouellet et autres, 2000b, p. 21). La naissance d'un enfant est un projet de vie en soi et il doit s'inscrire dans la réalisation d'autres projets pour chacun des membres de la famille. Il ne s'agit plus uniquement de réussir sa vie de couple ou d'être de bons parents, mais également de mettre de l'énergie à réussir sa vie.

Dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, le rôle de l'intervenante privilégiée³ sera d'amener les parents à préciser leur projet et de les accompagner dans sa réalisation. Tout en se préoccupant du suivi de la grossesse et des besoins de base de la famille, l'intervenante privilégiée utilisera le projet de vie des parents comme un levier pour renforcer le pouvoir d'agir de ces derniers. Ce n'est pas tant la réalisation du projet qui devient primordiale, celui-ci exigeant parfois beaucoup de temps avant de se concrétiser, que les petits succès qui font gagner aux parents une plus grande confiance en eux, ingrédient essentiel à la poursuite d'une démarche.

³. Ce rôle est décrit au point 1.2 de la section II.

Projets et trajectoires de vie : un exemple

« **La trajectoire de vie** : Quand l'infirmière arrive dans la famille. Andrée et Bernard viennent de déménager dans le quartier. Ils attendent un troisième enfant. Ayant connu une enfance marquée par l'alcoolisme et par le divorce de leurs parents, ils ne veulent pas reproduire ce qu'ils ont vécu. Ils se consacrent à leur petite famille et à transmettre aux enfants des valeurs telles que le respect d'autrui et la non-violence. Bernard caresse depuis l'âge de huit ans le rêve de travailler en ébénisterie. Il a déjà travaillé huit ans dans des petits commerces mais n'arrive pas à trouver du travail en ébénisterie. Il a suivi des cours dans ce domaine et sort amèrement déçu d'un stage de travail. Andrée et Bernard se méfient de tout le monde, y compris des voisins. Ils ont peu de contacts avec l'extérieur, sinon avec les propriétaires de l'immeuble qui donnent à l'occasion du travail d'entretien à Bernard. Mais, sans contacts et n'accumulant aucune expérience reconnue, ce dernier ne peut compter que sur l'espoir que les propriétaires lui offrent de travailler pour eux.

Les projets : Il veut un travail dans son domaine et ils ne veulent pas reproduire ce qu'ils ont vécu. »

Source : Ouellet et autres, *L'empowerment dans Naître égaux – Grandir en santé : Rapport détaillé*, 2000, p. 22.

Le processus permettant à une personne de renforcer son pouvoir d'agir peut se manifester de trois façons différentes :

- le passage à l'action par l'utilisation de ressources externes (ex. : apprendre à aller chercher de l'aide sans éprouver de sentiment d'incompétence parentale) ;
- des réalisations par rapport à son projet de vie afin de briser le cycle de l'échec (ex. : ne pas reproduire avec le deuxième enfant les mêmes erreurs qu'avec le premier en ce qui concerne la discipline, s'impliquer dans un organisme communautaire) ;
- des gains sur le plan des ressources personnelles (ex. : amélioration du sentiment de compétence personnelle, développement de sa conscience critique, amélioration du sentiment de compétence parentale).

Ce processus exige du temps et se fait souvent à petits pas avant d'atteindre des objectifs à plus long terme comme la participation à la vie du quartier, le retour aux études ou la réinsertion sur le marché du travail.

4.3 Le renforcement du pouvoir d'agir des communautés

À l'échelle de la communauté, le renforcement du pouvoir d'agir favorise la mise en place de conditions favorables au développement des enfants et des familles dans les différents milieux de vie. Une communauté compétente sera donc aidante pour les familles qui s'inscrivent dans un processus de changement, en ce sens qu'elle sera sensible aux besoins de ces familles et qu'elle mettra à leur disposition différents moyens pour les aider, notamment, à assumer leurs rôles parentaux.

Le renforcement du pouvoir d'agir des communautés fait appel à l'engagement et à l'expérience des personnes concernées par les besoins des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables. Ultimement, il devrait permettre à ces familles et aux différents partenaires de la communauté de se regrouper pour adopter une vision commune de la réalité familiale, pour se fixer des objectifs communs ainsi que pour déterminer et mettre en œuvre les moyens d'action de leur choix. Ils peuvent le faire soit en

mobilisant des individus ou des leaders locaux, soit en soutenant des initiatives venant de la communauté.

De façon concrète, cette stratégie doit donner lieu à des changements organisationnels ou structurels dans la communauté. Par exemple, on peut modifier les horaires de certains services ; on peut soutenir la création de nouvelles ressources ou le renforcement des ressources existantes ; on peut mettre en place différents moyens pour consolider les réseaux de soutien des familles ; on peut voir à l'organisation d'un système de transport adapté aux besoins des parents, à la mise en place de ressources sur le plan socioéconomique, à l'accès à une saine alimentation et à des cuisines collectives ainsi qu'à l'organisation de campagnes d'information portant sur le tabagisme ou sur toute autre habitude de vie. Il faut que, dans la communauté, les parents trouvent écho à leurs efforts pour modifier leurs propres habitudes de vie, leurs comportements ou encore leurs pratiques éducatives. Enfin, l'engagement collectif des partenaires et des familles trace également la voie à des changements de pratiques professionnelles qui prendront davantage en compte les besoins particuliers des familles.

À Saint-Hubert, des partenaires qui influencent le développement de leur communauté

En 2001, avec l'instauration de la politique familiale du gouvernement du Québec, des organismes du milieu ont senti le besoin, voire l'obligation, de se concerter afin d'établir un pouvoir d'action local favorisant l'harmonie, la complémentarité et le respect des ressources déjà en place dans le milieu. À la suite d'une rencontre en novembre 1997, où plus de vingt représentants d'organismes étaient présents, la Table des partenaires en petite enfance (TPPE) a été constituée à Saint-Hubert. Cette structure de concertation regroupe finalement près d'une trentaine d'organismes de la collectivité actifs dans divers secteurs (centres de la petite enfance, garderies conventionnées, ateliers préscolaires, organismes communautaires familles et organismes du secteur public).

Afin de bien s'acquitter de sa mission, la TPPE a demandé qu'à Saint-Hubert, tout projet relatif aux services à la petite enfance soit planifié et réalisé en harmonie et en complémentarité avec les ressources existant dans la communauté. Elle a réussi à se faire reconnaître, par le ministère de la Famille et de l'Enfance de l'époque, comme un partenaire incontournable dans tous les projets de développement des services de garde (installations, milieu familial, etc.). Ainsi, tout projet à cet effet dans l'arrondissement de Saint-Hubert doit recevoir l'appui de la TPPE avant d'être envoyé pour analyse au ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille.

Les autres partenaires (des organismes communautaires s'occupant des familles et un établissement du secteur public) sont aussi soumis à la même règle. Leurs projets doivent donc être présentés à la TPPE et être sanctionnés selon les concepts d'harmonie et de complémentarité avant de se concrétiser.

Forte de ses réalisations, la TPPE s'intéresse aussi maintenant à la planification de services diversifiés, accessibles et complémentaires pour les familles vivant dans la grande pauvreté.

Source : Mario Lefebvre, organisateur communautaire au CLSC Saint-Hubert.

4.4 Les conséquences sur la pratique

L'intervention pour renforcer le pouvoir d'agir des individus et des communautés s'appuie sur deux principes d'action :

- la participation de ces individus ou de ces communautés à la détermination de leurs problèmes et de leurs besoins, à la définition de leurs projets ainsi qu'au choix de réponse à ces besoins ;
- la participation de ces individus ou de ces communautés au choix et à la mise en œuvre de moyens concrets leur permettant de réaliser leurs projets.

Faire participer les individus ou les communautés à la définition de leurs projets et au choix des moyens pour les réaliser implique, au départ, une reconnaissance de leurs compétences pour le faire. Comme nous l'avons mentionné précédemment, le renforcement du pouvoir d'agir a pour prémisses que les individus aux prises avec un problème possèdent les forces nécessaires pour le surmonter si on leur en donne les moyens. L'expérience des individus ou des communautés éprouvant des difficultés doit donc être reconnue et servir de point d'ancrage aux objectifs de changement qui seront visés et aux moyens à mettre en place pour les atteindre. Cette reconnaissance est

fondamentale si l'on désire instaurer une relation égalitaire et non hiérarchisée avec les personnes et les communautés auxquelles on fournit des services. Leur expérience s'ajoute à celle des professionnels et elles sont toutes deux nécessaires au processus de changement personnel, familial et social.

Accompagner les familles et les communautés en visant le renforcement de leur pouvoir d'agir n'est toutefois pas un mince défi pour les intervenants. En effet, le renforcement du pouvoir d'agir des familles et des communautés va de pair avec le renforcement de celui des intervenants. Cela implique :

« une grande capacité à remettre en question son bagage de valeurs sociales et d'attitudes, tant personnelles que professionnelles ; beaucoup de créativité et d'engagement dans l'action afin de surmonter son sentiment d'impuissance face à la lourdeur de la misère que l'on côtoie ; l'acquisition de nouveaux modes d'organisation du travail et de nouvelles responsabilités, ce qui peut entraîner le dépassement des frontières professionnelles habituelles et l'intégration systématique de l'interdisciplinarité dans le travail d'équipe. » (Martin, Boyer et coll., 1995, p. 13)

SECTION II

LES COMPOSANTES DES SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des femmes enceintes, des bébés à naître, des parents et des enfants d'âge préscolaire qui sont dans une situation les rendant vulnérables comprennent deux composantes : l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être de ces familles. Comme le modèle théorique adopté a permis de le démontrer, les deux composantes sont aussi essentielles l'une que l'autre ; elles sont complémentaires et se renforcent mutuellement. Des services qui ne comprendraient qu'une dimension ne pourraient prétendre viser les mêmes objectifs.

Ainsi, le défi réside dans la combinaison des deux composantes mais aussi dans l'équilibre à trouver entre rigidité et souplesse de l'encadrement. L'accompagnement des familles, relativement défini, répond à des critères bien précis. Il doit par ailleurs être basé sur une approche de renforcement du pouvoir d'agir, tant celui des familles que celui des intervenants, et être fait avec une certaine souplesse. Quant au soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être de ces familles, il s'appuie principalement sur les forces vives des communautés locales ; même si l'on doit tenir compte ici de la réalité de chaque milieu, de la dynamique qui lui est propre, il faut tout de même lui donner un certain cadre.

CHAPITRE 1. L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES

L'accompagnement des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables s'effectue d'abord à partir du suivi individualisé, lequel peut être appuyé également par des activités de groupe. Le suivi individualisé prend la forme de rencontres menées par une intervenante privilégiée qui a une relation continue avec ces familles. Le fait que cette intervenante soit membre d'une équipe interdisciplinaire lui permet de bénéficier de l'expérience de professionnels d'autres disciplines. Deux outils sont essentiels à son intervention : la grille d'identification des besoins et le plan d'intervention. Un autre élément essentiel des services à offrir aux familles est la fréquence des rencontres.

1.1 Le suivi individualisé

Le suivi individualisé est une excellente façon pour l'intervenante privilégiée de connaître les familles ainsi que leur milieu de vie et leurs besoins. Ce suivi permet, entre autres, aux futurs parents et aux nouvelles familles de préciser leur projet de vie, souvent lié au projet de devenir parents. Chaque membre de la famille est aidé pour reconnaître ses capacités propres, pour développer son estime de soi et pour effectuer des changements dans sa vie selon son rythme. Ainsi, l'intervenante privilégiée encouragera chacun à prendre conscience de ses succès et à réaliser son projet de vie.

En période postnatale, le suivi individualisé vise entre autres choses à permettre aux parents de développer leur sensibilité parentale, particulièrement en ce qui a trait à la compréhension des signaux de l'enfant et aux façons adéquates d'y répondre, ce qui renforce le lien d'attachement, diminue le contrôle exercé par les parents sur le bébé et réduit les risques de négligence envers ce dernier. Pendant cette période, le suivi peut également se rapporter aux besoins des parents eux-mêmes ; il concernera, par exemple, la santé – tant physique que psychosociale – de la mère, l'adoption de saines habitudes de vie ou encore les activités avec le père. Toutes les visites faites à une famille par l'intervenante privilégiée doivent viser l'appropriation du pouvoir d'agir par les parents ou le renforcement de ce pouvoir ; elles ne peuvent donc pas se substituer aux responsabilités parentales. Les parents sont toujours les maîtres d'œuvre de leur projet de vie. L'intervenante privilégiée les soutient, les écoute, les informe et les accompagne, sans toutefois faire à leur place.

1.1.1 La structure des rencontres

Les rencontres organisées dans le cadre du suivi individualisé ont lieu au domicile de la famille ou dans un autre endroit si c'est le choix des familles. Il est important que l'intervenante privilégiée établisse la relation dès les premières minutes de l'entretien. Le fait de se centrer, dans un premier temps, sur ce qui préoccupe les membres de la famille au moment de sa visite rend la rencontre moins menaçante pour eux. Elle doit d'abord répondre aux besoins les plus pressants de la famille et s'assurer que tous les besoins primaires sont satisfaits. Ainsi, une attention particulière doit être prêtée à l'alimentation, au logement et à la sécurité de chacun des membres de la famille. Si un problème, comme la violence, la négligence ou la toxicomanie se présente, l'intervenante privilégiée doit prendre les moyens nécessaires pour offrir à la famille l'aide dont elle a besoin. Par la suite, elle évalue la situation de la mère, du père et des enfants. Cette analyse faite avec empathie, l'amène à s'intéresser aux valeurs et aux croyances de la famille ainsi qu'aux perceptions que le père et la mère ont du rôle de parents comme de l'éducation des enfants. Elle l'aide également à comprendre le sens que la famille donne aux comportements de chacun de ses membres.

La discussion portera sur l'évolution de la grossesse ou sur le développement de l'enfant. Le père et la mère ont ainsi l'occasion de dire comment ils vivent la grossesse ou ce qu'ils ont remarqué de nouveau chez les enfants et ce qu'ils ont trouvé stimulant ou difficile. Des questions sur ces sujets amènent les parents à améliorer leur capacité d'observer les comportements de leur enfant en constant développement.

Pendant les rencontres, l'intervenante privilégiée prendra le temps nécessaire pour s'intéresser au projet de vie de la mère et du père ainsi que pour s'informer des moyens qu'ils prennent pour le réaliser de façon satisfaisante pour eux. L'intervenante les informera également des activités communautaires qui sont susceptibles de leur apporter du soutien et les invitera à y participer ; elle pourra même leur offrir de les accompagner à certaines activités. Une bonne façon de terminer la rencontre est de préciser les attentes réciproques et les éléments essentiels qui feront partie du plan d'intervention en vue de la prochaine rencontre. Le fait de revenir sur ces sujets à la rencontre suivante permet de donner une certaine logique et un sens au suivi. De plus, cela aide les membres de la famille à prendre conscience de ce qu'ils ont acquis par rapport aux objectifs fixés dans le plan d'intervention.

Bien que la structure de chaque rencontre soit assez définie, le contenu de chacune peut varier sensiblement. L'intervenante privilégiée doit adapter ce contenu en fonction des besoins et des problèmes quotidiens et de la dynamique familiale. Elle agit directement auprès de la mère, du père et des enfants selon les objectifs immédiats et le contenu prévu de la rencontre tout en respectant le rythme d'évolution et le fonctionnement de la famille. Par ailleurs, certaines activités éducatives à l'intention des enfants se font pendant les visites à domicile, en complémentarité avec les activités de soutien éducatif offertes aux parents pour renforcer leurs compétences parentales.

1.1.2 La place du père

Si l'intervenante privilégiée s'occupe beaucoup de la santé comme du bien-être de la mère et de l'enfant, elle doit demeurer extrêmement attentive à la place du père dans la cellule familiale. En plus de prendre en considération les besoins de ce dernier, elle doit s'assurer de répondre à ceux qui se rapportent à la relation entre le père et l'enfant. Il est important que l'intervenante privilégiée veille à établir une relation tout aussi significative avec le père qu'avec la mère. C'est souvent avec le changement de perception qu'a le père de son rôle que commence le travail de l'intervenante ; en effet, au lieu de simplement composer avec l'absence du père, elle incitera celui-ci à s'engager dans l'intervention.

Dans les milieux vulnérables, l'avènement de la paternité s'inscrit souvent dans une trajectoire personnelle difficile, mais aussi dans un contexte où la vie est semée d'obstacles divers : non-reconnaissance légale de la paternité – très fréquente quand il s'agit de grossesses à l'adolescence –, conflits conjugaux, chômage, peur de ne pas être à la hauteur, problèmes de consommation de psychotropes, pressions des futurs grands-parents, etc. S'ajoute à ces obstacles la difficulté d'organiser simultanément trois facettes de la vie : l'insertion socioéconomique, la vie de couple et la paternité. En conséquence, l'intervention consiste autant à aider les pères à surmonter ces obstacles qu'à les soutenir directement dans leur rôle de père.

En période prénatale, l'intervenante doit s'intéresser aux projets des pères, qu'elle orientera au besoin vers les services appropriés. Elle s'informe de l'état de la communication dans le couple et prête attention à l'ambivalence éventuelle du père par rapport à la grossesse – excitation et peur de ne pas être à la hauteur des responsabilités, peut-être comme son propre père –, ainsi qu'à ses préoccupations relativement aux changements psychologiques et physiques de la mère. L'intervenante fait de petits gestes qui donnent de la place aux pères ; par exemple, elle s'adresse à eux lorsqu'ils répondent au téléphone, elle tient compte de leurs heures de disponibilité pour fixer les rencontres, elle leur envoie

des invitations personnelles ou elle leur donne de l'information qui concerne spécialement les pères. Elle les encourage à accompagner leur conjointe aux visites médicales et aux rencontres prénatales en plus de solliciter leur participation aux tâches imposées par la venue du bébé, comme la recherche de meubles, d'un logement ou d'un siège d'auto. L'intervenante privilégiée peut encore ici s'offrir à accompagner le couple pour certaines activités telles que la visite de la salle d'accouchement ou la rencontre du médecin traitant à l'occasion du premier rendez-vous.

Pendant la période postnatale, l'intervenante privilégiée continue à porter de l'intérêt aux projets des pères. Elle s'informe de la façon dont les deux parents coopèrent aux soins donnés à l'enfant ; elle les oriente vers des services de soutien et les accompagne à des rendez-vous, au besoin. Elle fait d'autres petits gestes qui donnent de la place aux pères et qui leur montrent qu'ils sont importants dans la vie de leur bébé. Elle les intéresse aux capacités du nourrisson en mettant en évidence les réactions de ce dernier aux gestes qu'ils font. Elle continue également de solliciter leur participation aux tâches découlant de la présence du bébé ; ce peut être de jouer avec lui, de lui parler ou de l'amener à l'extérieur de la maison. Enfin, elle met en évidence ce qu'ils font pour la famille – préparer les repas, soutenir la conjointe qui allaite, aller aux rendez-vous chez le médecin avec la mère et l'enfant, voir à la sécurité dans la maison ou s'occuper des enfants plus vieux, par exemple –, ce qui consolide leur rôle de père.

1.1.3 Les activités de groupe

Le suivi individualisé peut être appuyé par des activités de groupe, lesquelles permettent de renforcer le potentiel individuel, en plus de briser l'isolement et de favoriser la participation des familles à la vie communautaire. En fait, ces activités donnent l'occasion aux femmes enceintes ou aux mères et aux pères de discuter avec d'autres parents de leur situation, de moyens utilisés pour surmonter leurs difficultés ou encore de sujets qui les intéressent en tant que famille ou parents et de briser ainsi l'isolement souvent connu pendant la grossesse ou après la naissance d'un bébé. Le fait de se retrouver en groupe est particulièrement apprécié des jeunes parents puisque ceux-ci recherchent la présence de pairs avec qui ils pourront établir des relations, desquelles naîtra probablement un sentiment d'appartenance. Il s'agit en effet d'un excellent moyen de se faire une place dans la communauté, d'y nouer des liens et même d'y tisser un réseau social significatif.

Le groupe ajoute des possibilités au suivi individualisé, sans jamais le remplacer ; les deux moyens se complètent. Ainsi, en aucun temps les visites à domicile ne sont remplacées par des rencontres de groupe puisque l'évaluation des besoins et le soutien au projet de vie des familles ne se font qu'au moyen de ces visites. L'intervenante privilégiée continue donc son suivi individuel à domicile, et ce, sur la base du plan d'intervention convenu avec la famille. De plus en plus d'intervenants considèrent toutefois qu'il vaut la peine de faire davantage appel à des modes d'intervention complémentaires, dont les rencontres de groupe et la collaboration étroite avec le milieu communautaire.

Pour ce qui est de l'organisation des activités de groupe, il est important qu'elles aient lieu, le plus souvent possible, en présence des enfants ou encore, si elles sont préparées à leur intention, qu'elles se déroulent en présence des parents. Le lieu des rencontres peut varier selon les besoins ou l'organisation locale des services. Les activités organisées ou animées en collaboration avec les centres de santé et de services sociaux, les centres jeunesse ou des organismes communautaires présentent plusieurs avantages. Les milieux communautaires voués à l'enfance et à la famille ont une expertise dans ce domaine. Le caractère pratique et concret des activités qu'ils offrent plaît particulièrement aux mères adolescentes.

1.2 L'intervenante privilégiée

Le contexte de vulnérabilité dans lequel se trouvent les familles ainsi que leur fréquente histoire de rejet et d'échec nous amènent à reconnaître que la présence d'une intervenante privilégiée est nécessaire tout au long de la période de suivi. Idéalement, selon les écrits scientifiques, la même intervenante devrait soutenir et accompagner la famille pendant cette période. En effet, il est reconnu que la force du lien de confiance établi avec la famille alors que l'enfant traverse une étape déterminante de sa vie et que la motivation au changement est grande chez les parents, est l'un des ingrédients les plus efficaces de ce type d'intervention. Même si l'on ne peut être certain de pouvoir compter sur les services de la même intervenante durant cinq ans, il faut viser la plus grande continuité possible et, le cas échéant, le changement d'intervenante doit se faire avec toutes les précautions nécessaires.

L'intervenante privilégiée a le souci de répondre aux besoins immédiats des familles en ce qui concerne l'amélioration de leur situation. Elle encourage le père et la mère à utiliser les ressources de la communauté ; elle les soutient et les accompagne dans leur insertion sociale, l'apprentissage de leurs rôles parentaux et l'adoption de saines habitudes de vie.

L'intervenante privilégiée doit par ailleurs reconnaître que les membres de la famille ont des compétences leur permettant de résoudre leurs problèmes et de se réaliser. Toutefois, il arrive très souvent que ces familles ne se connaissent que très peu de moyens, leurs compétences étant masquées par l'ampleur des difficultés qu'elles vivent. Le travail de l'intervenante privilégiée permettra de faire ressortir ces compétences, notamment par l'intermédiaire d'un projet de vie qui motive tous les membres de la famille à avancer, et qui ne demande qu'à être précisé et à se réaliser avec le soutien de l'intervenante. Celle-ci se souciera que chacun des membres – père, mère et enfants – participe activement à l'évaluation des besoins et des difficultés de la famille ainsi qu'au choix des actions qui permettront au projet familial de se concrétiser. Elle demeure constamment à l'écoute des besoins de chacun des membres de la famille et les concilie avec leur projet de vie, personnel ou familial. Il va sans dire que le suivi fait par l'intervenante privilégiée exige que celle-ci utilise de nouveaux outils et ait une formation adéquate afin de déterminer quels moyens lui permettront d'aider chacune des familles à réaliser son projet de vie.

Sur la base des programmes de périnatalité évalués à ce jour, l'intervenante privilégiée est généralement infirmière, mais elle peut être nutritionniste, agente de relations humaines, travailleuse sociale, psychologue, psychoéducatrice ou avoir une autre profession. Elle est rattachée à un centre de santé et de services sociaux et jumelée à une famille selon la correspondance entre les besoins les plus aigus de celle-ci et la profession qui saura le mieux les combler.

Pour pouvoir mener à bien son travail de suivi, l'intervenante privilégiée bénéficie de l'appui d'autres professionnels du centre de santé et de services sociaux avec qui elle forme une équipe interdisciplinaire. Elle a ainsi l'occasion de parler avec ses pairs des familles dont elle s'occupe, que ce soit sur le plan de leurs besoins ou sur celui des services à leur offrir. De plus, elle participe aux travaux de la table intersectorielle ou s'y fait représenter.

Enfin, particulièrement pendant la période prénatale, l'intervenante privilégiée s'efforce d'établir des liens avec le médecin traitant de la femme enceinte qu'elle rencontre, si cette dernière y consent, afin d'améliorer encore le suivi. La création des groupes de médecine de famille devrait faciliter la transmission de l'information médicale entre les intervenants des centres de santé et de services sociaux et les médecins traitants. Le carnet de grossesse, développé et utilisé d'abord par le CLSC Le partage des eaux, et repris dans le cadre du programme Naître égaux – Grandir en santé peut aussi être un outil intéressant pour assurer la communication entre le médecin traitant, la femme enceinte et

l'intervenante privilégiée (Gasse et Robert, 1995). Le lien avec le médecin traitant a également sa place pendant la période postnatale. Ainsi, des mécanismes visant la collaboration étroite entre les médecins qui assurent le suivi médical, tant en période prénatale qu'en période postnatale, et les intervenantes privilégiées doivent être mis en place ou consolidés.

Il peut arriver que certaines familles refusent le suivi avec l'intervenante privilégiée ; elles pourraient alors entrer en contact avec d'autres ressources du milieu. Ces ressources peuvent recevoir le soutien d'un membre de l'équipe interdisciplinaire afin d'offrir certains contenus et d'amener graduellement ces familles vers les services plus intensifs du centre de santé et de services sociaux. La reconnaissance des compétences des partenaires communautaires travaillant en périnatalité et pour la petite enfance est ici fondamentale. Cette reconnaissance se concrétise par des collaborations ou des ententes de service appropriées. Des liens harmonieux doivent être établis et maintenus dans la perspective où chacun a une contribution particulière dans l'accompagnement des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

1.2.1 Les qualités professionnelles de l'intervenante privilégiée

L'intervenante privilégiée aura certaines attitudes favorables à une relation stable et continue. Elle doit d'abord et avant tout ne pas avoir de préjugés contre les familles les plus démunies ni émettre de jugements défavorables sur elles. Ensuite, l'empathie lui permettra de comprendre ce que vivent les familles rencontrées et de bien saisir les émotions qu'elles ressentent. C'est encore l'empathie qui lui permettra de décoder ce qui est le plus important dans la vie et dans l'environnement des familles. Ce qu'elle apprendra de ces familles pourrait ensuite l'amener à remettre en question ses propres valeurs. Quant à la considération, elle contribue à faire reconnaître chez les autres leur potentiel de ressources, de forces et de réelles capacités leur permettant d'avancer comme d'améliorer leur situation. Enfin, la disponibilité rend l'intervenante privilégiée très vigilante et lui permet de rester à l'écoute des personnes qu'elle rencontre ; la première doit en effet saisir le sens des messages émis par les secondes ainsi que les émotions qu'éveille chez elles l'information transmise. Cette disponibilité donne une certaine souplesse au suivi en s'opposant à un cadre rigide qui ne saurait tenir compte des besoins individuels et spontanés de chacun des membres de la famille. La disponibilité est chaleureuse et valorisante ; elle se vit au présent, elle donne la première place à la personne rencontrée et elle se centre toujours et avant tout sur des solutions qui lui conviennent de façon réaliste. Cette disponibilité peut devenir patience, flexibilité et authenticité. Sans toutes ces qualités, l'intervention se résumerait en un répertoire de trucs et de moyens étrangers au respect de la personne à qui on s'adresse.

1.2.2 La relation de confiance

Les familles qui sont dans une situation qui les rend vulnérables ont souvent fait l'expérience du rejet et de l'échec. Elles vivent continuellement dans des conditions difficiles, allant même jusqu'à l'exclusion sociale, et il faut comprendre que, pour elles, faire appel à des ressources externes peut évoquer le risque ou faire naître le sentiment de perdre leur fragile équilibre ou encore leurs enfants.

Un défi se pose alors aux intervenantes : la nécessité de vaincre la méfiance des parents et d'établir une relation de confiance avec eux. Ce lien de confiance réciproque entre l'intervenante privilégiée et les membres de la famille peut d'abord aider ces derniers à reprendre confiance en eux et ensuite leur servir de modèle lorsqu'ils veulent nouer des liens de confiance avec d'autres personnes de leur entourage importantes pour eux.

Certaines attitudes facilitent l'établissement et le développement du lien de confiance qui est lui-même à la base d'une relation significative entre l'intervenante et la famille. Une

attitude respectueuse est de mise ; elle permet à l'intervenante de se centrer d'abord et avant tout sur les personnes et le sens que celles-ci donnent à leurs comportements.

L'intervenante doit reconnaître les efforts fournis par les membres de la famille pour combler un besoin, résoudre une difficulté, modifier un comportement, se débrouiller, garder le moral ou communiquer avec un organisme. Cette forme d'appui contribue à créer un climat propice aux confidences. La valorisation des forces de la mère, du père ou de l'enfant créera des liens qui amèneront ces personnes à demander plus facilement de l'aide. La présence régulière de l'intervenante privilégiée permet au lien établi de se consolider avec le temps et favorise l'engagement de chacun des membres de la famille.

Il peut toutefois arriver que, selon les besoins particuliers d'une famille, d'autres spécialistes aient à intervenir à un moment ou à l'autre du suivi. Par exemple, cette famille aura besoin de services professionnels en travail social ou en psychoéducation, pour stimuler le développement de l'enfant, pendant une certaine période. C'est cependant l'intervenante privilégiée qui entretient le lien de confiance avec la famille tout au long du suivi individualisé.

1.3 L'équipe interdisciplinaire

Se regrouper dans une équipe interdisciplinaire permet aux professionnels de disciplines différentes d'échanger des idées afin de mieux comprendre les familles étant dans une situation qui les rend vulnérables et de leur apporter un meilleur soutien. La mise en commun d'expériences personnelles et professionnelles diversifiées aide à approfondir l'analyse des situations dans lesquelles se trouvent ces familles ; les discussions de cas serviront ensuite tant à l'élaboration qu'à la révision des plans d'intervention et des plans de service individualisés. De plus, les membres de l'équipe interdisciplinaire retirent de leurs rencontres formation et soutien.

Par ailleurs, l'équipe interdisciplinaire peut décider d'actions collectives à mener dans les différents milieux de vie. Pour mettre en œuvre ces projets, elle entretient des relations continues avec les partenaires institutionnels tels que les centres jeunesse et les centres hospitaliers externes aux centres de santé et de services sociaux ainsi qu'avec les organismes communautaires susceptibles d'offrir des services aux familles visées. L'équipe a la responsabilité de transmettre à ces familles toute l'information sur les activités communautaires ou intersectorielles pouvant leur apporter un certain soutien. Elle se souciera enfin de la confidentialité et du respect de l'éthique professionnelle dans le choix des moyens d'intervenir auprès des familles.

1.3.1 Les membres de l'équipe interdisciplinaire

Toutes les professionnelles susceptibles d'agir comme intervenantes privilégiées font partie de l'équipe interdisciplinaire. Ayant une formation en santé ou dans le domaine psychosocial, elles sont reliées à la périnatalité, au développement des enfants ou à l'une des spécialités connexes en même temps qu'elles s'intéressent aux besoins des mères, des pères et des enfants. Ainsi, elles peuvent être, entre autres, infirmières, médecins, sages-femmes, nutritionnistes, travailleuses sociales, psychologues, psychoéducatrices, éducatrices ou orthophonistes. Elles ont par ailleurs des habiletés diverses : si certaines sont spécialisées en intervention individuelle, d'autres peuvent avoir une bonne expérience de l'animation. La personne responsable de l'organisation communautaire est également membre de l'équipe interdisciplinaire. Sa principale contribution consiste à faire le lien entre la communauté et les familles étant dans une situation qui les rend vulnérables, de façon à ce que l'on puisse répondre le mieux possible à leurs besoins. Cette personne est souvent la mieux placée pour reconnaître les besoins communs à plusieurs familles et pour proposer les projets qui sauront les combler.

La participation d'experts-conseils peut aussi être utile, notamment pour parler des moyens qui favorisent l'engagement paternel ou encore pour améliorer la qualité de l'intervention dans les cas de toxicomanie ou de violence conjugale, par exemple.

1.3.2 Les conditions favorables au travail interdisciplinaire

Le travail en équipe interdisciplinaire demande des changements en ce qui concerne la pratique ; ces changements seront plus ou moins importants selon l'expérience des personnes et des organisations. Certaines conditions facilitent grandement le travail en commun de ressources professionnelles venant de différents horizons. D'après Martin et Boyer (1995), ces conditions sont les suivantes :

- un parti pris pour la gestion participative ;
- des buts communs et des mandats clairs ;
- un mode de fonctionnement souple et efficace ;
- un climat d'ouverture et de confiance ;
- le plaisir à travailler ensemble ainsi que l'engagement réel et l'interdépendance des membres de l'équipe.

1.4 Les outils

Le suivi des femmes enceintes ou des mères et de leur famille comprend les étapes suivantes :

- l'identification et l'analyse des besoins à l'aide d'une grille, ainsi que la définition du projet de vie des membres de la famille ;
- la planification de l'intervention, qui se traduit par le plan d'intervention ;
- la mise en œuvre du plan d'intervention ;
- l'évaluation.

L'intervenante privilégiée s'assure de la participation active, à chacune de ces étapes, des femmes enceintes ou des mères et de leur conjoint.

1.4.1 La grille d'identification des besoins

L'identification des besoins de la femme enceinte et de sa famille se fait à l'aide d'une grille de collecte des données. Cette grille permet de tracer un portrait de la femme, de sa famille et de son milieu de vie ; elle ne constitue toutefois pas un outil de dépistage. Le temps consacré à remplir la grille est souvent l'occasion, pour les membres de la famille, de faire connaître également leurs attentes ou des problèmes qu'il peut être urgent de régler. Les données recueillies couvrent les sujets suivants :

- le profil de la femme enceinte et de sa famille ;
- la santé globale de la femme et de sa famille ;
- la maternité et la paternité ;
- les conditions d'existence de la famille ;
- le réseau d'entraide et le recours aux services.

Tous les renseignements recueillis par l'intervenante privilégiée sont discutés avec la femme et son conjoint, de façon à ce que le plan d'intervention qui sera établi corresponde vraiment aux besoins exprimés par ceux-ci et à leurs capacités d'apporter des modifications dans leurs habitudes de vie.

1.4.2 Le plan d'intervention

Tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux sont tenus de préparer des plans d'intervention pour les personnes à qui ils offrent des services, lesquels plans font partie des dossiers. Ces plans d'intervention doivent être utilisés selon les pratiques en cours dans les différents milieux et selon les ententes avec les partenaires. Bien que les formulaires utilisés puissent différer par la forme d'un milieu à l'autre, leur contenu se ressemble.

Le plan d'intervention est établi à partir des besoins consignés dans la grille. L'identification des besoins est donc une étape cruciale puisqu'elle donnera leur légitimité aux objectifs fixés dans le plan. Celui-ci se prépare d'abord avec les parents avant d'être soumis à l'équipe interdisciplinaire. Il est rédigé de façon à présenter clairement :

- les besoins constatés par l'intervenante privilégiée ou exprimés par les parents ;
- les objectifs à atteindre ;
- les moyens choisis pour atteindre les objectifs fixés ;
- les résultats attendus ;
- l'échéancier.

Le plan d'intervention porte autant sur la santé que sur le bien-être des membres de la famille. Rappelons ici que les besoins peuvent se rapporter aux habitudes de vie, aux habiletés parentales, au développement de l'enfant ou encore à l'adaptation sociale des enfants et des parents. Quant aux moyens à utiliser pour atteindre les objectifs fixés, mentionnons qu'ils sont de divers ordres, mais des actions individuelles à l'intention des parents ou à celle de l'enfant ainsi que des activités de groupe pour les parents, pour les enfants, pour la dyade parent-enfant ou pour toute la famille doivent être envisagées dans l'élaboration du plan d'intervention.

D'autre part, le plan d'intervention doit être construit sur les forces des familles et les expériences réussies, en tenant compte des besoins personnels de la mère, du père et de chacun des enfants et en respectant le projet de vie familial défini. Ainsi, tout en répondant à des impératifs administratifs, il devient un outil de suivi pour les intervenants. Dans ce sens, les moyens choisis sont ceux que privilégie la famille elle-même ; ils peuvent être

remplacés par de nouveaux moyens plus adaptés à la situation chaque fois que le besoin s'en fait sentir. La souplesse et la simplicité demeurent les deux plus belles qualités d'un plan d'intervention.

Le plan d'intervention sert à orienter le suivi individualisé. Il doit tenir compte tant des besoins pressants que des besoins changeants des familles. Il contient des renseignements sur les programmes ou les services, individuels ou de groupe, que les familles ont utilisés. Compte tenu de la longueur du suivi, ce plan doit être mis à jour régulièrement par l'équipe interdisciplinaire – pour s'assurer qu'il soit toujours révisé après une discussion du cas en équipe – afin de bien rendre compte de l'évolution de la famille. Si une nouvelle intervenante privilégiée doit prendre la relève, elle pourra ainsi être au fait des derniers événements.

Le plan d'intervention s'inscrit dans un plan de service lorsque d'autres établissements ou organismes offrent des services et des programmes aux mêmes personnes. L'intervenante privilégiée doit prendre connaissance de ce plan de service. Elle doit également assurer l'accès des parents ou des enfants qui ont des besoins particuliers aux autres services du centre de santé et de services sociaux ou aux services d'autres établissements, selon le cas. En effet, les enfants peuvent éprouver, entre autres, différents retards de développement graves, des problèmes d'adaptation sociale majeurs ou des problèmes de santé importants, ou encore être atteints de handicaps exigeant une expertise spécialisée qu'il faut mettre à contribution le plus tôt possible afin que le développement de ces enfants n'en soit pas entravé outre mesure.

1.5 La fréquence des activités

Rappelons ici que l'accompagnement, depuis la grossesse de la mère jusqu'à l'entrée de l'enfant à l'école, par une intervenante privilégiée est l'un des facteurs les plus importants de l'efficacité des services préventifs offerts aux familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables. La fréquence des activités est un autre facteur qui a son importance pour l'atteinte des objectifs et le maintien des résultats dans le temps.

La fréquence recommandée pour les visites à domicile varie non seulement selon le stade de la grossesse et l'âge de l'enfant, mais également selon les besoins de la famille. Ainsi, lorsque la famille vit une situation de crise ou a des besoins particuliers, le nombre de communications téléphoniques et de visites doit nécessairement augmenter.

Chaque visite dure entre 60 et 90 minutes. En période prénatale, les visites commencent dès la douzième semaine de la grossesse et ont lieu toutes les deux semaines ; de la naissance à la sixième semaine de vie du bébé, les visites doivent se faire hebdomadairement ; de la septième semaine jusqu'à l'âge de 12 mois, les visites ont à nouveau lieu toutes les deux semaines ; enfin, de 13 mois jusqu'à l'entrée à l'école, elles deviennent mensuelles. Aux visites s'ajoutent d'autres activités ou des communications téléphoniques afin d'évaluer les besoins de la famille de façon continue et de maintenir la relation de confiance qui permet de poursuivre les objectifs du plan d'intervention et de soutenir les parents dans la réalisation de leur projet de vie. Si les parents et l'enfant ne participent pas à d'autres formes d'intervention qui visent le développement des habiletés parentales, le développement des enfants ou l'insertion socioprofessionnelle des parents, l'intervalle entre les visites doit être de deux ou trois semaines. Les sujets à aborder pendant les rencontres à domicile et les activités de groupe, soit pour les enfants ou pour les parents, sont présentés dans les guides d'intervention qui accompagnent le présent cadre de référence. Le tableau suivant résume les indications concernant la fréquence recommandée pour les visites à domicile.

Tableau 1 : Fréquence des activités

En période prénatale

- La prise de contact, par téléphone ou autrement, se fait le plus tôt possible.
- Les visites à domicile, d'une durée de 60 à 90 minutes chacune, ont lieu toutes les deux semaines à partir de la 12^e semaine de la grossesse.

En période postnatale

- De 0 à 6 semaines : visite toutes les semaines
- De 7 semaines à 12 mois : visite toutes les 2 semaines
- De 13 mois à 60 mois : visite mensuelle, à laquelle s'ajoutent des activités de groupe pour les enfants, pour les parents ou pour les familles. Par contre, si les parents et l'enfant ne participent pas à ces activités, l'intervalle entre les visites doit être de deux ou trois semaines.

Les visites à domicile, surtout à partir de 13 mois, sont complétées par d'autres formes d'activités dont celles réalisées en groupe. Ainsi, l'enfant dont l'environnement familial n'est pas suffisamment stimulant participera, en milieu de garde ou dans d'autres milieux, à des activités éducatives qui visent son développement global. Les effets bénéfiques de la fréquentation d'un milieu de garde de qualité sur le développement cognitif, langagier et social de l'enfant de milieu défavorisé ont bien été étudiés (Palacio-Quintin et Coderre, 1999 ; Scarr, 1998), tout comme l'efficacité de l'intervention directe auprès des enfants sur le développement de ceux-ci (Ramey et Ramey, 1998 ; Gomby et autres, 1995). Bien que les études récentes portant sur l'efficacité des programmes d'intervention précoce ou d'éducation préscolaire ne permettent pas d'établir une intensité optimale – sinon minimale –, des activités, les auteurs s'accordent pour conclure que les programmes de courte durée et de faible intensité ont peu de chances d'avoir des effets bénéfiques sur le développement des enfants (Paquet, 1998 ; Ramey et Ramey, 1998 ; Gomby et autres, 1995 ; Hamel, 1995). À titre indicatif, les programmes considérés comme intensifs qui ont fait leur preuve offrent des activités éducatives au moins deux jours et demi par semaine, pendant deux ans.

CHAPITRE 2.

LE SOUTIEN À LA CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

De façon générale, les enfants ont besoin d'environnements sains 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. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance passent donc par la mise en œuvre de projets et l'organisation d'activités visant la création ou la consolidation d'environnements qui sont favorables tant au développement optimal des enfants vivant dans des milieux défavorisés qu'à la réalisation des projets de vie familiaux. Cette composante s'appuie, tout comme l'accompagnement des familles, sur le renforcement du pouvoir d'agir des personnes comme des communautés et cette stratégie d'intervention se trouve donc à la base même de toutes les actions à l'intention de la population visée.

Plusieurs projets peuvent être réalisés par une communauté locale afin d'assurer des environnements sains à ses membres. Toutefois, il s'avère tout aussi indispensable d'agir sur l'environnement plus global des familles. En effet, l'action locale ne pourra à elle seule réussir à avoir des effets sur l'ensemble des déterminants de la santé et du bien-être des familles puisque plusieurs de ces déterminants requièrent des actions à un autre niveau, notamment au niveau national. Pensons ici aux conditions de vie, aux caractéristiques des milieux de vie et de l'environnement, tant social que physique, aux habitudes de vie et aux comportements ayant une influence sur la santé et le bien-être ainsi qu'à l'organisation des soins et des services. Ces déterminants concernent un ensemble d'acteurs sociaux qui appartiennent à tous les secteurs de la société.

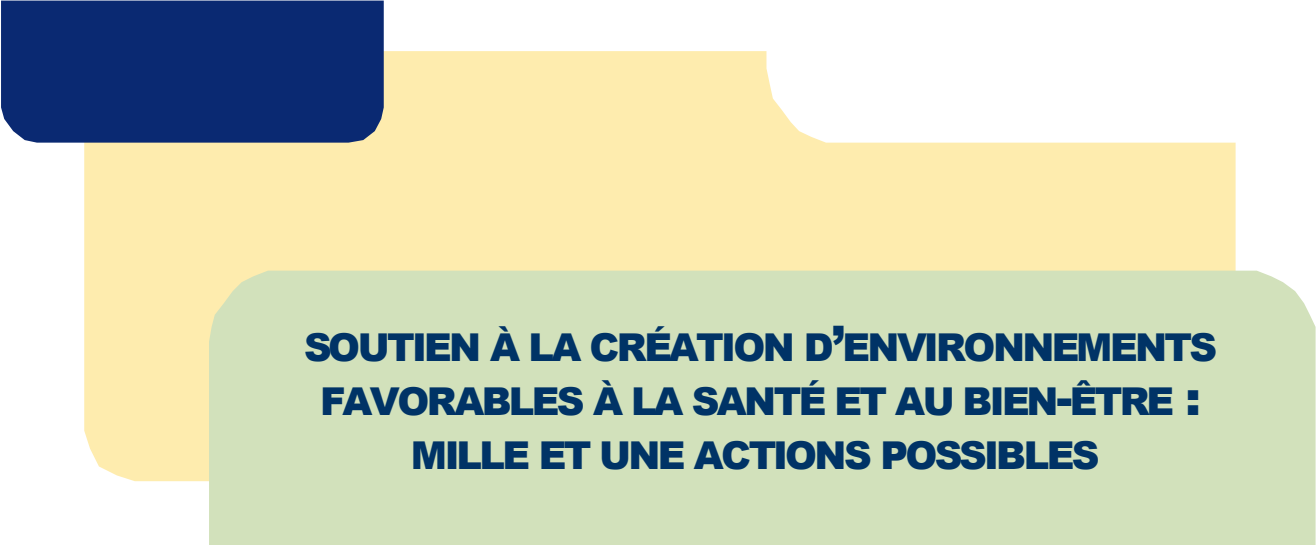
Aux niveaux local, régional et national, plusieurs secteurs – comme la santé, la famille, l'environnement, la solidarité sociale, l'emploi, l'éducation, l'immigration et les loisirs, par exemple – sont donc appelés à agir collectivement en faveur de la santé et du bien-être des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables. En fait, il s'agira d'intervenir sur les différents déterminants de la santé et du bien-être, en partenariat avec les acteurs de ces différents secteurs. Des mécanismes doivent également être mis en place ou consolidés pour favoriser la continuité entre les différents niveaux, qu'il s'agisse d'outils de communication efficaces ou de comités de travail.

2.1 Fixer des priorités et conclure des alliances

Le fait de considérer l'ensemble des déterminants de la santé et du bien-être permet, d'abord, d'avoir une vision globale des éléments qui ont une influence sur la situation des familles. Par la suite, il devient possible de choisir ceux sur lesquels il faudra agir et de fixer des priorités compte tenu tant des problèmes qui ressortent sur le plan local que des arrimages possibles avec les niveaux régional et national. Il ne s'agit pas ici d'avoir une influence sur tous les déterminants en même temps, mais de cibler des actions qui seront réalisables en fonction des moyens existants.

Selon le contexte, les actions pourront être menées par les acteurs engagés dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance ou être réalisées de concert avec des mouvements ou des organismes associés à des dossiers touchant de près les besoins et les préoccupations des familles étant dans une situation qui les rend vulnérables. En effet, pour que ces actions réussissent, des priorités devront être fixées et des alliances conclues. C'est pourquoi, au niveau national, le ministère de la Santé et des Services sociaux continuera à soutenir les collaborations avec les autres ministères concernés par la réponse aux besoins de ces familles. À l'intérieur même du réseau de la santé, des collaborations entre le Ministère, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et les centres de santé et de services sociaux seront encouragées, notamment avec d'autres équipes dont le mandat touche de près les besoins des familles visées, par exemple les équipes travaillant en développement social ou en sécurité alimentaire.

Le tableau qui suit présente, à titre d'exemple, des actions possibles sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être des familles. Ces actions concernent différents déterminants et se situent au niveau local, régional ou national. Plus grande sera la concertation entre les différents acteurs et plus les différents niveaux décisionnels travailleront en synergie, plus les actions auront de portée.



**SOUTIEN À LA CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS
FAVORABLES À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE :
MILLE ET UNE ACTIONS POSSIBLES**

SOUTIEN À LA CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE : MILLE ET UNE ACTIONS POSSIBLES ⁴

NIVEAU DE L'INTER- VENTION DÉTERMINANTS	NIVEAU LOCAL	NIVEAU RÉGIONAL	NIVEAU NATIONAL
Conditions de vie	• Collaboration avec, notamment, les entreprises d'insertion sociale, les centres d'éducation aux adultes, les groupes d'alphabétisation ou les centres de formation populaire afin d'assurer un meilleur accès aux services pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité • Orientation des familles vers des ressources telles que les entreprises d'insertion sociale, les centres d'éducation aux adultes, les groupes d'alphabétisation ou les centres de formation populaire et accompagnement • Création d'alliances avec les groupes de défense des droits (concernant la sécurité du revenu, l'emploi et les conditions de travail ou les conditions de logement, par exemple) • Participation à des actions nationales de lutte contre la pauvreté • Création d'alliances et conclusion d'ententes avec les centres de la petite enfance • Organisation d'activités de sensibilisation à l'intention des décideurs sur la situation des personnes qui vivent dans la pauvreté • Conception de projets visant à permettre aux familles de s'approvisionner plus facilement en aliments sains à prix accessibles (groupes d'achat, magasins coopératifs, ententes avec les distributeurs, ententes avec les agriculteurs, etc.) • Création de réseaux de covoiturage pour les familles	• Organisation d'activités d'information et de sensibilisation portant sur le droit de tous d'être logés adéquatement, en collaboration avec les organismes régionaux et provinciaux concernés par la question • Collaboration et offre d'expertise aux municipalités concernant la révision du Code du logement et sa mise en application • Collaboration et offre d'expertise aux organisations régionales ou locales concernant l'amélioration de la santé dans la communauté • Collaboration et offre d'expertise pour développer la sécurité alimentaire dans la région en tenant compte, entre autres, des besoins des familles pauvres ayant de jeunes enfants	• Collaboration et offre d'expertise et dans le cadre de l'application de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale • Collaboration et offre d'expertise concernant la sécurité du revenu afin que le système fiscal soit mieux adapté aux besoins des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables • Collaboration et offre d'expertise concernant des politiques relatives à l'emploi qui tiennent compte des besoins de tous les parents • Collaboration et offre d'expertise concernant des politiques relatives à l'éducation aux adultes adaptées aux besoins des parents • Soutien à l'accès à des services de garde de qualité, notamment pour les familles ayant immigré récemment • Collaboration et offre d'expertise concernant l'aménagement de logements sociaux • Collaboration et offre d'expertise concernant la réglementation relative à la Loi sur la qualité de l'environnement, qui traite de la salubrité des immeubles et des lieux publics

⁴ Certaines des actions proposées peuvent déjà avoir donné lieu à des projets menés par d'autres équipes ou partenaires, ou encore, par des acteurs sociaux d'autres secteurs. Il s'agira alors de collaborer à la réalisation de ces projets.

NIVEAU DE L'INTER-VENTION DÉTERMINANTS	NIVEAU LOCAL	NIVEAU RÉGIONAL	NIVEAU NATIONAL
Habitudes de vie et comportements ayant une influence sur la santé et le bien-être	• Création d'alliances avec les commissions scolaires et les organisations municipales pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie • Conception de projets collectifs visant à favoriser l'allaitement maternel dans les différents milieux de vie (organismes communautaires, travail, loisirs, services, etc.) • Conception de projets collectifs visant à permettre aux familles de mieux s'alimenter, tout en favorisant les apprentissages et la création de liens sociaux • Soutien à l'accès gratuit aux équipements de loisirs • Organisation d'activités physiques pour les familles • Conception de projets visant à favoriser la participation des pères	• Soutien à la création d'alliances avec les commissions scolaires et les organisations municipales pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie • Collaboration et offre d'expertise aux municipalités concernant l'aménagement d'aires de jeux sécuritaires et accueillantes pour les familles	• Soutien à la mise en œuvre des lignes directrices en matière d'allaitement, notamment par le soutien à l'Initiative amis des bébés proposée par l'Organisation mondiale de la santé • Collaboration et offre d'expertise concernant l'adoption de politiques publiques qui favorisent l'allaitement maternel, une saine alimentation et l'activité physique pour toutes les familles • Organisation de campagnes pour faire la promotion des saines habitudes de vie
Milieus de vie et environnement social	• Création d'alliances avec les secteurs municipal et communautaire au regard de la participation sociale • Conclusion d'ententes avec les centres de la petite enfance et les organismes communautaires dans le cadre des programmes de stimulation précoce à l'intention des enfants de milieux défavorisés • Soutien à la création de réseaux d'entraide • Organisation d'une campagne pour faire la promotion de la famille • Mise en œuvre de moyens facilitant l'accès, particulièrement des pères et des groupes marginalisés, à des activités de loisirs et de culture • Mise en œuvre de moyens facilitant l'accès de tous aux installations de la municipalité et des écoles • Organisation d'activités visant la participation sociale des familles (rencontres communautaires, par exemple) • Création de services de répit pour les familles ou renforcement des services existants • Organisation d'activités permettant d'entrer en contact avec les familles les plus isolées ou marginalisées	• Soutien à la création d'alliances avec les secteurs municipal et communautaire au regard de la participation sociale • Soutien pour faciliter l'accès aux installations et aux équipements sportifs des municipalités et des écoles • Soutien pour la conclusion d'ententes de collaboration entre les centres de santé et de services sociaux, les centres jeunesse et les centres de la petite enfance concernant les familles les plus vulnérables • Soutien pour l'adoption de projets et l'organisation d'activités à l'intention des familles ayant immigré récemment	• Respect de la politique relative à la reconnaissance et au soutien des organismes communautaires • Collaboration et offre d'expertise concernant des politiques qui favorisent l'exercice de la citoyenneté et la participation sociale • Collaboration et offre d'expertise concernant des mesures qui favorisent l'intégration des familles ayant immigré récemment (diminution du délai prescrit pour l'obtention d'un statut, accélération des procédures relatives à la réunification familiale, etc.) • Collaboration et offre d'expertise concernant des politiques qui favorisent l'accès aux installations et aux équipements sportifs des municipalités et autres organismes • Organisation d'une campagne pour faire la promotion de la famille, comprenant des activités à organiser à l'échelle régionale et locale

NIVEAU DE L'INTER- VENTION DÉTERMINANTS	NIVEAU LOCAL	NIVEAU RÉGIONAL	NIVEAU NATIONAL
	- Organisation d'activités permettant d'entrer en contact avec les familles ayant immigré récemment et de faciliter leur intégration sociale - Participation aux « Fête de la famille »		
Environnement physique	- Création d'alliances avec les commissions scolaires et les organisations municipales - Soutien à l'aménagement de parcs et d'aires de jeux sécuritaires - Soutien à l'entreposage sécuritaire des produits dangereux - Organisation du prêt d'équipements (lits, sièges d'auto, jouets, etc.) et de l'aide financière pour assurer la sécurité à domicile - Acquisition de matériel permettant d'assurer la sécurité à domicile et aide pour l'installation	- Soutien à la création d'alliances avec les commissions scolaires et les organisations municipales - Collaboration avec différents partenaires pour proposer des lois ou des règlements qui visent la sécurité des personnes et des communautés (salubrité des logements, sécurité dans les rues et les parcs publics, etc.) - Collecte d'information, à l'échelle régionale, sur certains problèmes relatifs à la sécurité des familles et sensibilisation des autorités compétentes - Collaboration et offre d'expertise concernant l'amélioration de la sécurité dans la communauté	- Diffusion des normes concernant la sécurité dans les aires de jeux - Collaboration et offre d'expertise concernant l'adoption de politiques publiques, de lois ou de règlements qui visent à assurer la sécurité des personnes et des communautés
Organisation des soins et des services	- Planification, organisation et mise en œuvre d'une gamme de services accessibles et continus pour répondre aux besoins des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables - Organisation d'activités de groupe visant à renforcer les liens parents-enfants - Soutien à la mise en réseau des services locaux offerts aux familles basée sur des mécanismes concernant l'orientation et l'accompagnement des familles, le prêt d'équipements, l'échange de services et de ressources ainsi que la mise en commun d'expériences et d'expertises - Mise en œuvre de moyens facilitant l'accès des familles de milieux défavorisés aux services (horaire, accessibilité géographique, gardiennage, transport, etc.)	- Soutien à la planification et organisation d'une gamme de services accessibles et continus pour répondre aux besoins des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables - Soutien à la mise en réseau des services - Formation et soutien professionnel - Soutien à l'expérimentation d'approches novatrices	- Respect de la politique relative à la reconnaissance et au soutien des organismes communautaires - Soutien à la mise en œuvre et suivi du <i>Programme national de santé publique 2003-2012</i> - Promotion des pratiques cliniques préventives dont l'efficacité est reconnue - Soutien à la mise à jour de la <i>Politique de la santé et du bien-être</i> et de la <i>Politique de périnatalité</i> - Soutien au développement des connaissances et à l'expérimentation d'approches novatrices - Soutien à la mise en œuvre de la <i>Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille</i>

2.2 Le moyen privilégié : l'action intersectorielle

Une certaine organisation de l'action gouvernementale est nécessaire pour faire face à la complexité croissante de la vie en société. L'espace social est ainsi divisé en secteurs, lesquels correspondent chacun à un ensemble d'activités, d'organisations et d'acteurs qui se trouvent à l'intérieur des mêmes frontières, d'où résulte un découpage artificiel de la réalité (White et autres, 2002).

Lorsque l'on se heurte aux limites de chacun des différents secteurs pour traiter de questions aussi compliquées que la vulnérabilité ou la pauvreté économique et sociale des familles, l'action intersectorielle s'impose. Elle correspond à une façon de voir qui révèle à tous les secteurs de la société leur responsabilité dans la résolution de ces problèmes complexes (White et autres, 2002). L'action intersectorielle n'est pas une panacée ; elle est une façon de faire bien particulière qui permet de répondre d'une manière plus appropriée aux besoins d'une population aux prises avec des problèmes complexes.

L'action intersectorielle en santé se distingue de la concertation, du partenariat ou encore de la liaison interorganisationnelle avec lesquels elle est souvent confondue. Dans ces trois formes de collaboration, le but est de créer des liens entre des organisations d'un ou de plusieurs secteurs d'activité différents. L'objectif premier de l'action intersectorielle en santé n'est pas tant d'harmoniser l'ensemble des actions à l'intention d'une population que de mettre en œuvre des projets intersectoriels novateurs afin d'agir sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être d'une population. Cela n'exclut pas qu'une action intersectorielle efficace puisse également faciliter la mise en commun des ressources, des connaissances et de l'expertise ainsi que la création de réseaux pour permettre aux partenaires de régler plus efficacement les problèmes existants et de se donner les moyens de réagir avec force quand d'autres problèmes se présenteront.

L'offre de logements sociaux aux familles à très faibles revenus : une priorité et des alliances conclues en milieu rural

Saint-Fabien-de-Panet, petit village d'environ 1 000 habitants, situé à 60 kilomètres au sud de Montmagny, connaissait un exode des jeunes familles faute de logements adaptés à leurs besoins. Plusieurs maisons appartenant à des personnes âgées qui avaient quitté le village étaient en vente. Les offres d'achat se faisaient rares et ces maisons étaient parfois laissées à l'abandon pendant plusieurs années. C'est ainsi qu'en 1998, l'organisateur communautaire du CLSC, ayant l'aval des gestionnaires de son établissement, réussit à mobiliser citoyens et partenaires du milieu (caisse populaire, conseil municipal) autour d'un projet commun. Tous font les mêmes constats : il y a pénurie de logements pour les familles, alors que 22 maisons sont vacantes ; la plupart d'entre elles nécessitent d'importants travaux de rénovation. C'est ainsi que la coopérative Beauséjour est née, laquelle a permis d'acheter quinze de ces maisons et de les rénover pour les offrir ensuite en location aux familles à très faibles revenus. Avant même le début des travaux, les familles qui en seront locataires sont choisies. Ainsi, elles ont pu apporter leur contribution tout au long des travaux. Elles ont accompli plusieurs tâches ou ont assumé la prise en charge de plusieurs corvées. Ce projet a été réalisé grâce au programme Accès-logis de la Société d'habitation du Québec et à la contribution financière de plusieurs partenaires. Depuis ce temps, 25 familles jouissent d'un milieu de vie leur permettant de réaliser un rêve, soit celui d'habiter des vieilles maisons de leur village, et il ne leur en coûte que 25 % de leurs revenus pour les frais de location.

Source : CLSC et CHSLD de Montmagny.

Dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, l'action intersectorielle est mise en œuvre à trois niveaux : local, régional et national. Il est essentiel de comprendre que l'action intersectorielle nécessite du temps, de l'appropriation, et que, particulièrement au niveau local, la politique des petits pas demeure souvent la meilleure stratégie à utiliser.

Aux deux niveaux supérieurs, en plus des organisations régionales ou nationales des différents secteurs, on doit compter parmi les partenaires de l'action intersectorielle les associations et les regroupements régionaux ou nationaux d'organismes communautaires – Regroupement régional des organismes familles, Solidarité rurale, Centraide et le Regroupement provincial des personnes assistées sociales, par exemple – ainsi que les associations de professionnels ou de consommateurs.

D'autres secteurs que celui de la santé et des services sociaux ont une influence sur la vie des familles. Le secteur des services de garde, avec les centres de la petite enfance et les haltes-garderies, celui de l'éducation, qui regroupe l'éducation préscolaire, l'enseignement primaire, secondaire et collégial, ainsi que l'éducation des adultes, comme ceux de l'emploi, de la solidarité sociale, du logement, des communautés culturelles, du développement socioéconomique, de l'agriculture et de l'environnement doivent être conviés à participer à l'action intersectorielle. Y associer des partenaires du milieu juridique ainsi que les réseaux de loisirs et de sports pourrait favoriser davantage l'engagement des pères. Enfin, différentes catégories d'organisations et de partenaires doivent être prises en considération : les organismes publics, les organismes communautaires – autonomes ou bénévoles – et le secteur privé.

2.2.1 L'action intersectorielle au niveau local

L'action intersectorielle locale doit permettre d'entrer en contact plus facilement avec les familles étant dans une situation qui les rend vulnérables et de mieux répondre à leurs besoins. L'idée de base est de saisir toutes les occasions qui se présentent dans le milieu ou, encore, de provoquer ces occasions pour améliorer les conditions de vie et renforcer les milieux de vie afin que ceux-ci soutiennent l'ensemble des familles, et plus particulièrement celles qui sont les plus vulnérables. Il est souhaitable d'ailleurs que les projets concernent aussi des familles connaissant des difficultés moins grandes, ces familles pouvant être une source de soutien pour celles qui sont plus durement touchées. En faisant en sorte que toutes les familles se sentent visées, on évitera la stigmatisation des familles les plus vulnérables, le but étant l'intégration des familles qui sont dans une situation les rendant vulnérables à l'ensemble de la communauté. Il faut toutefois s'assurer de tout mettre en œuvre pour entrer en contact avec les familles les plus démunies.

La proposition de projets novateurs, conçus selon une approche intersectorielle des besoins, des difficultés et des forces des familles, doit être l'objectif ultime du regroupement des acteurs locaux. L'un des principaux enjeux est d'aller au-delà de la transmission d'information sur les ressources existantes et de la coordination des services pour mettre en œuvre un ou des projets qui, *a priori*, n'appartiennent en propre à aucune organisation. Les projets locaux ne doivent pas être imposés ni prescrits par le groupe, mais plutôt venir de la communauté et se réaliser dans l'autonomie, sans créer de liens d'autorité avec l'un ou l'autre des secteurs. Le regroupement intersectoriel jouera également un rôle d'expertise et d'influence dans le milieu. En fait, il s'agit là d'une des principales forces de l'action intersectorielle, soit celle d'influencer les décisions, les projets, les services offerts par différents secteurs pour répondre aux besoins des familles les plus démunies.

Le projet de taxibus de Rimouski : un exemple d'action intersectorielle locale

Le projet de taxibus de Rimouski, le premier du genre au Québec, a été expérimenté en 1993 et 1995, et le service est offert depuis ce temps. Il a fallu entreprendre plusieurs démarches avant de mettre en place ce type de transport en commun. La municipalité de Rimouski ne possédait plus de transport en commun depuis 1990. Les coûts d'un service traditionnel par autobus exigeaient de la municipalité un investissement annuel de 300 000 \$ alors que le taxibus n'en demandait que le tiers, soit 100 000 \$.

Le taxibus consiste à mettre en place un réseau de covoiturage par taxi s'apparentant au système de transport public traditionnel. La différence, c'est qu'ici on remplace l'autobus par un véhicule plus petit, en l'occurrence le taxi. Des points de service sont déterminés à l'avance. L'inscription est obligatoire et le tarif varie entre 2,40 \$ et 3,00 \$. Une réservation doit être faite environ une heure avant le départ.

Le taxibus est le résultat d'ententes entre deux organismes de transport municipaux – le Conseil intermunicipal de transport et l'Organisme municipal et intermunicipal de transport –, une municipalité et les détenteurs de permis de taxi d'un territoire.

Source : Solidarité rurale du Québec, Pour un réseau de transport intervillages.

Le rôle des centres de santé et de services sociaux

Compte tenu de l'importance de la contribution des centres de santé et de services sociaux, par l'entremise de la personne responsable de l'organisation communautaire, dans la mise en œuvre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, il est important de spécifier les responsabilités générales de cette personne, et ce, afin d'assurer tant la cohésion que l'articulation entre les composantes d'ordre individuel et d'ordre collectif des services. Il est certain, toutefois, que des mandats particuliers lui sont déjà confiés par son établissement. Enfin, le centre de santé et de services sociaux, suivant les volontés du milieu, pourra conclure des ententes avec différents partenaires pour assumer certaines des responsabilités.

L'organisateur communautaire s'appuie sur les forces vives du milieu et joue essentiellement un rôle de mobilisation et de soutien en vue de la réalisation de projets concrets avec et pour la communauté. Compte tenu des mécanismes de concertation existants, ses responsabilités l'amènent :

- à mobiliser les différents acteurs du milieu concernés par la promotion et la prévention au regard des femmes enceintes, des enfants de 0 à 5 ans, des mères, des pères et des familles qui sont dans une situation les rendant vulnérables ;
- à soutenir et à animer les regroupements formés pour l'action intersectorielle locale, en prenant en considération les conditions nécessaires au succès de cette action (lesquelles conditions sont présentées plus loin) ;
- à faciliter l'établissement de liens et la collaboration entre les différents organismes qui offrent des services et à assurer la liaison avec les promoteurs d'autres initiatives dans le milieu pouvant avoir une incidence sur les familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables, en particulier les mouvements qui visent à améliorer les conditions de vie de ces familles ;
- à participer aux rencontres d'échange et de formation et à différents comités de travail formés dans le cadre des activités régionales, ce qui favorise les liens entre les territoires et entre les niveaux local et régional.

En tant que membre de l'équipe interdisciplinaire, l'organisateur communautaire a également comme responsabilités de participer activement aux activités de l'équipe interdisciplinaire responsable du suivi individuel, de faire la liaison entre cette équipe, les organismes communautaires et le milieu tout en respectant les règles de confidentialité établies ainsi que de déceler avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, à partir de leurs discussions de cas, les problèmes qui peuvent demander des solutions collectives et de soutenir la mise en œuvre des actions appropriées.

La participation des familles⁵

Les familles demeurent les premiers acteurs concernés par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. En effet, elles sont les mieux placées pour parler de ce qu'elles vivent, de leurs besoins, de leurs projets. Leur point de vue est essentiel pour l'atteinte des objectifs visés. Leurs opinions et suggestions concernant les politiques, les projets, les activités et les approches sont importantes. Si elles ont l'occasion de s'exprimer, si elles sont écoutées et entendues, les familles peuvent influencer positivement l'ensemble des actions et des projets à entreprendre. De plus, cette participation, quelle qu'en soit la forme, peut contribuer au renforcement de leur pouvoir d'agir. Plusieurs modes de participation permettent de briser leur isolement et de leur faire connaître des lieux d'appartenance et de solidarité.

Afin que cette participation prenne tout son sens et contribue au renforcement du pouvoir d'agir des individus, elle doit demeurer volontaire. La notion même de participation doit être vue de façon large, englobant différentes formes et divers degrés d'engagement. Certaines familles peuvent s'impliquer activement dans des projets collectifs ; d'autres préféreront faire connaître leur point de vue aux regroupements intersectoriels par l'entremise de l'intervenante privilégiée ou encore par la participation à des sondages sur les besoins des parents. Ce qui importe, c'est que les familles aient à leur portée différents moyens de se faire entendre pour influencer la réalisation des projets qui les concernent et devenir, ainsi, acteurs des changements dans la communauté.

« Moi, la deuxième fois que j'suis venue ici, c'était avec ma p'tite... C'était vraiment accueillant tu sais, j'ai vraiment aimé ça [...] j'suis prête à toutes les activités, à être « bénévolat » si y faut, ça m'dérange pas, m'a tout faire pour vous autres. » (Une mère)

Source : R. Veilleux et G. Boyer (2002), *Mise à jour du programme Naître égaux – Grandir en santé : Consultation auprès des familles*, p. 18.

Il apparaît donc pertinent que les acteurs engagés dans l'action intersectorielle se questionnent dès le départ tant sur les approches les plus appropriées que sur les moyens à utiliser pour favoriser et entretenir la participation des familles, et ce, sous différentes formes et à divers degrés ; pensons ici au suivi individualisé, à des projets et à des activités dans la communauté, à des comités de travail ou au regroupement intersectoriel, par exemple. Même si, au départ, une telle façon de procéder nécessite un investissement important en temps et en ressources pour entrer en contact avec les familles les plus vulnérables et les amener à participer aux projets, elle vaut le coût et contribue à la réussite de l'intervention.

⁵. La section qui suit résulte principalement d'échanges qu'ont tenus des répondants de la région de Montréal avec des volontaires et des familles du Mouvement ATD Quart-Monde.

Quelques constats issus de la pratique :

- Les personnes étant dans une situation qui les rend vulnérables veulent d'abord être reconnues comme des personnes à part entière, ayant des opinions dignes d'être entendues, des rêves et des projets propres. Elles ne veulent surtout pas n'être abordées que sur la base de leurs problèmes.
- Il est important de se soucier de la façon d'accueillir les familles qui participent à des projets ou à des activités. Les relations interpersonnelles et la chaleur humaine sont de première importance. Les familles seront plus portées à faire durer leur participation si elles se sentent bien accueillies et appréciées pour ce qu'elles sont. En ce sens, il est nécessaire d'établir avec chaque membre une relation de confiance qui dépasse la traditionnelle relation aidant-aidé, une relation de personne à personne où l'autre est reconnu comme quelqu'un d'égal à soi et qui peut contribuer par son savoir et ses expériences aux différentes étapes de l'action intersectorielle (ces étapes sont précisées ci-après).
- Pour amener les familles à participer à l'action intersectorielle, il est suggéré de procéder progressivement mais de les faire s'engager dès le début d'un projet. À cet égard, les intervenantes privilégiées, responsables du suivi individualisé, sont très bien placées pour faire connaître les besoins et les préoccupations des familles aux membres du regroupement intersectoriel ; elles peuvent également informer les familles des initiatives du regroupement et les inciter à y prendre part, et même les accompagner au besoin.
- Il apparaît primordial de tenir compte du rythme des familles et de toute l'énergie qu'elles doivent déployer pour satisfaire leurs besoins primaires. Il s'avère nécessaire d'accepter qu'elles ne suivent pas toutes le même parcours, qu'elles ne « prendront pas le train » toutes en même temps et au même endroit, et que certaines le quitteront en cours de route pour le reprendre à une autre étape. La participation des familles, et particulièrement des familles les plus vulnérables, requiert donc beaucoup de souplesse ainsi que des changements dans les pratiques et le rythme des intervenants.
- Les familles sont en général intéressées par la réalisation de projets concrets. De ce point de vue, on devrait prêter attention à ce que chaque membre de la famille trouve sa place dans les projets et les activités en organisant, par exemple, des activités suscitant l'intérêt et l'engagement des pères ou une fête de la famille à laquelle collaboreront les enfants, les adolescents, les parents et les grands-parents. De plus, il est important de souligner la contribution de tous. Avec le temps, les familles peuvent prendre une part de plus en plus large à l'organisation des activités, les intervenants apportant leur soutien au besoin.
- Les familles qui ont connu des situations difficiles et qui exercent davantage de contrôle sur leur vie, celles qui s'en sont sorties ainsi que celles qui sont déjà engagées dans des projets ou des organismes et qui ne sont pas nécessairement vulnérables peuvent être d'une grande aide dans l'accompagnement d'autres familles aux prises avec de graves problèmes.
- Afin d'intéresser les familles qui ne vivent pas de difficultés particulières mais qui représentent des acteurs essentiels dans la création de projets, il est important de prendre le thème de la famille dans son sens large. D'ailleurs, chaque membre de la collectivité devrait être invité à s'engager même s'il n'a pas fondé une famille, étant donné qu'il fait lui-même partie d'une famille et qu'il a un potentiel de soutien précieux.

- Enfin, il est nécessaire de prévoir des modalités concrètes relatives au soutien – comme des services de garde, un moyen de transport, les repas, l'accompagnement et la formation – pour favoriser la participation des familles. De même, les activités et les outils doivent être adaptés aux besoins et à la réalité de ces familles ; il faut donc prêter attention à l'horaire, à l'animation, au langage utilisé ainsi qu'à l'organisation des rencontres de façon à mettre en évidence les familles, par exemple.

Un parc municipal construit pour toute une communauté : un exemple de la participation des familles

Dans le village de Taschereau, en Abitibi-Témiscamingue, un regroupement intersectoriel issu du programme Naître égaux – Grandir en santé et comprenant des parents, a conçu un projet de parc pour les enfants. Les mères ont d'abord mis le projet par écrit, demandé des lettres d'appui et recherché du financement. L'une d'entre elles a présenté le projet à la mairie pour approbation par le conseil de ville. Par la suite, la municipalité a apporté une contribution de 10 000 \$. La régie régionale d'alors a fourni les documents sur la sécurité dans les aires de jeux et faisait le lien avec l'organisateur communautaire sur l'avancement des travaux. Un père a réalisé le plan d'aménagement du parc, conforme aux normes de sécurité, après avoir consulté la population.

Des pères, des représentants d'organismes de loisirs, les Chevaliers de Colomb et le comité jeunesse se sont mobilisés et ont trouvé des commanditaires pour le gravier, la terre, le sable et certaines pièces en béton. À l'occasion des journées de corvée, des pères ont emprunté de la machinerie aux entreprises industrielles et agricoles des environs.

Tout le village a participé à la réalisation du projet. Même les grands-parents de la communauté ont mis la main à la pâte !

Aujourd'hui, ce parc est un lieu de fête et de rassemblement pour tout le village. Il fait la fierté de tout le monde et constitue une autre preuve que l'on peut mobiliser la population, y compris les pères, pour le bien-être des enfants.

Source : Thérèse Hivon-Lizé, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Les principales étapes de l'action intersectorielle

Comme il a été mentionné auparavant, l'action intersectorielle doit aller plus loin que la concertation entre différents partenaires visant l'harmonisation de leurs services. Elle doit se concrétiser à travers des projets qui émanent de plusieurs secteurs d'intervention à la fois et qui ont pour but tant l'amélioration des conditions de vie des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables que l'amélioration de la réponse à leurs besoins. Dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, l'action intersectorielle doit être abordée sous l'angle d'un processus menant à la réalisation de projets intersectoriels. La démarche proposée ici n'est aucunement prescriptive ; elle doit plutôt être saisie comme un exemple concret de processus qui doit être adapté à la réalité de chaque milieu. Les résultats seront nécessairement différents selon l'expérience, les ressources et les besoins de chaque communauté. Tout en précisant qu'il ne s'agit pas d'une recette à suivre et qu'il faut se donner du temps pour mener à bien des projets intersectoriels, les écrits suggèrent les étapes suivantes :

- la mobilisation des partenaires ;
- la recherche d'un consensus de base ;
- la mise en commun des projets et l'analyse des besoins du milieu ;
- l'élaboration du plan d'action local ;
- l'implantation et l'évaluation des activités.

Une description détaillée de ces étapes ainsi qu'un exemple de plan d'action élaboré par un regroupement intersectoriel sont présentés à l'annexe 1.

Les conditions nécessaires au succès de l'action intersectorielle

L'expérimentation d'initiatives intersectorielles locales a permis, au fil des ans, de faire ressortir un certain nombre de conditions de succès permettant de surmonter les difficultés. Ces conditions sont essentiellement liées, d'une part, aux personnes elles-mêmes et, d'autre part, à la dynamique qui se crée entre ces personnes. En effet, tout en misant d'abord sur l'engagement des familles, l'action intersectorielle doit prendre appui sur des individus, qui se soucient grandement des conditions de vie des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables. Ces individus doivent avoir un sens de l'initiative peu commun, une ouverture d'esprit ainsi que des compétences personnelles et sociales qu'ils mettent au service des personnes et des familles les plus démunies. Ils doivent également faire partie d'un réseau de personnes s'intéressant aux mêmes questions, que ces personnes appartiennent ou non au même secteur d'activité, ou sinon ils doivent créer un tel réseau (White et autres, 2002).

Ouellet, Paiement et Tremblay (1995) donnent cinq conditions nécessaires au succès de l'action intersectorielle :

- avoir une vision commune des besoins des familles, définir une philosophie d'intervention et choisir des orientations communes ;
- se donner une structure de fonctionnement et de soutien souple, efficace et reconnue officiellement par l'ensemble des organismes ;
- instaurer un climat d'ouverture et de confiance, impliquant l'ouverture sur de multiples points de vue, la tolérance à l'ambiguïté et le respect des différences ;
- soutenir l'engagement réel des partenaires qui expriment au moyen de gestes concrets leur volonté de s'associer comme de prendre part aux décisions et aux actions communes, ce qui sous-entend pour eux investir temps et énergie, exprimer clairement et ouvertement leurs positions, leurs contraintes et leurs aspirations ainsi qu'accepter de nouvelles responsabilités et de nouveaux mandats ;
- prendre résolument parti pour des actions concrètes, l'action intersectorielle ne prenant vraiment son sens que lorsque les acteurs en cause agissent ensemble pour apporter des réponses concrètes aux besoins des familles⁶.

2.2.2 L'action intersectorielle au niveau régional

En plus d'avoir à soutenir l'action intersectorielle locale, les autorités régionales ont un rôle important dans la mise en œuvre de l'action intersectorielle. Les répondants régionaux doivent certainement, de par leur mandat, soutenir la planification et l'organisation des services, mais ils doivent également favoriser l'action intersectorielle et en assurer la pérennité. Ainsi, les répondants régionaux associés aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance auront recours à différents moyens pour qu'une culture régionale de l'innovation s'instaure. Les forums, colloques et échanges de toutes sortes réunissant les partenaires des différents secteurs concernés par les familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables sont des moyens qui permettent de rapprocher les points

⁶. Les étapes de l'action intersectorielle énumérées ici constituent une synthèse des principaux éléments présentés dans Ouellet, Paiement et Tremblay, 1995 et dans Goulet et autres, 1999.

de vue, d'appliquer les connaissances aux projets novateurs et de favoriser la naissance de nouveaux projets. Les programmes de formation qui soutiennent l'utilisation d'une approche globale et intersectorielle avec les familles vivant en contexte de vulnérabilité peuvent également être mis en œuvre au niveau régional.

Les répondants régionaux doivent également créer, en collaboration avec d'autres équipes régionales, des alliances avec des organismes travaillant à l'amélioration des conditions de vie des familles et, éventuellement, soutenir la création de réseaux d'experts pouvant jouer un rôle de leader. Ils verront à saisir, sinon à provoquer, les occasions – à partir, entre autres, des questions soulevées aux tables locales – pour collaborer à des travaux structurants qui portent sur des politiques et des orientations nationales. Enfin, ils seront à l'affût des projets novateurs d'approche intersectorielle proposés par le milieu aux familles vivant en contexte de vulnérabilité. Les projets en question peuvent avoir été conçus par des regroupements intersectoriels ou des regroupements d'autres types. Il faut être ouvert à tous les projets venant de la communauté.

Par ailleurs, il existe un risque : celui de multiplier les structures ou les regroupements intersectoriels au niveau régional. La création d'une nouvelle table de partenaires n'est pas un passage obligé de l'action intersectorielle. Il faut toutefois faire une analyse stratégique portant sur les structures existantes ainsi que sur leur mandat respectif et conclure des alliances avec les partenaires qui se préoccupent tant des conditions de vie des familles comptant des enfants d'âge préscolaire que du développement social.

2.2.3 L'action intersectorielle au niveau national

Le rôle des autorités nationales

Au niveau national, on doit travailler à ouvrir les frontières entre les différents secteurs, en établissant notamment des ententes-cadres qui confirment la vision intersectorielle des problèmes complexes et qui tracent la voie à l'action intersectorielle, régionale comme locale. Ce travail a un effet structurant fort important. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a signé une entente intersectorielle avec le ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, laquelle facilite la conception de projets communs visant le soutien aux familles les plus vulnérables. Ainsi, les autorités supérieures doivent aller au-delà du discours mobilisateur et ouvrir des voies auparavant bloquées.

Les ministères précités ont uni leurs efforts à ceux de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec afin d'offrir une aide financière aux adolescentes enceintes qui bénéficient des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance mais qui ne peuvent compter sur aucune ressource financière pour répondre à leurs besoins. Cette collaboration, qui a nécessité la participation des régies régionales et des CLSC d'alors de même que des centres locaux d'emploi, s'est faite de façon respectueuse dans le but commun d'offrir le meilleur soutien qui soit à ces jeunes filles. Les différents partenaires ont reconnu l'importance d'offrir une aide fondée sur le risque pour la santé et l'intégrité physique de la mère ainsi que de l'enfant à naître, une aide active où le soutien financier s'accompagne d'autres formes d'encadrement. Cette mesure, qui est un précédent, est le résultat de l'effort collectif des partenaires.

Les regroupements nationaux d'établissements et d'organismes communautaires ont également la possibilité de former des réseaux d'intérêts ou d'action en faveur des familles étant dans une situation qui les rend vulnérables. De tels réseaux permettent de bien circonscrire les problèmes complexes, à partir de visions globales communes, de préciser les défis qu'ils posent et d'influencer les décisions.

Les autorités supérieures ont seules le pouvoir d'agir sur les déterminants macrosociaux de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Le ministre de la Santé et des Services sociaux doit soutenir les décisions du gouvernement au regard de l'adoption de politiques publiques favorables à la santé. Il doit interpeller ses collègues, notamment ceux de l'Éducation, de la Sécurité du Revenu et de la Justice, afin de lever les obstacles à l'intégration sociale des parents vivant en contexte de vulnérabilité et de favoriser, par le fait même, le développement et l'adaptation sociale de leurs enfants. La nouvelle Loi sur la santé publique représente un levier intéressant en ce sens. En effet, l'article 54 stipule que *« le ministre est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population »*.

À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population. » (L.R.Q., chapitre S-2.2).

La démarche du Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté : Un exemple concret de soutien à l'adoption de politiques publiques favorables à la santé et au bien-être de la population

Le Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté a donné le bon exemple d'une démarche qui a su, d'une part, favoriser la participation des personnes vivant dans la pauvreté et, d'autre part, mobiliser les différents secteurs d'activité des niveaux local, régional et national. C'est aussi un exemple concret où des alliances ont été conclues avec des organismes tant du secteur de la santé et des services sociaux que de celui du développement social.

En 1997-1998, l'idée d'une loi sur l'élimination de la pauvreté est avancée et le Collectif voit le jour. Il regroupe plusieurs organisations québécoises : organismes communautaires, organisations syndicales, groupes de femmes, organisations religieuses et autres. Par la suite, une vaste consultation est menée auprès d'organisations de différents secteurs, incluant le secteur de la santé, et auprès d'individus, dont les personnes vivant dans la pauvreté. À cette occasion, les personnes sont invitées à faire connaître leur point de vue sur ce que devrait contenir le projet de loi.

En 1999-2000, une proposition de projet de loi est préparée. Plus de 200 sessions parlementaires se tiennent dans tout le Québec. À nouveau, les personnes vivant dans la pauvreté sont particulièrement sollicitées pour donner leur opinion. La version finale du projet de loi est ensuite rédigée. Durant la même période, une pétition en faveur de l'adoption de la loi est signée par plus de 200 000 personnes ; elle est déposée à l'Assemblée nationale du Québec en novembre 2000. Le Collectif reçoit également l'appui de plus de 1 600 organismes de divers secteurs d'activité, parmi lesquels on retrouve des organismes communautaires, des syndicats, des organismes religieux, des groupes de femmes, des CLSC et des régies régionales de la santé et des services sociaux d'alors, des municipalités, des commissions scolaires, des conseils régionaux de développement et des chambres de commerce.

À l'automne 2001, le gouvernement publie sa stratégie de lutte contre la pauvreté, intitulée *Ne laisser personne de côté*, et soumet le document à la population. Les organisations des différentes régions du Québec font connaître leurs commentaires à l'occasion des consultations effectuées par les conseils régionaux de développement et, du même coup, rappellent au gouvernement la proposition du Collectif.

Enfin, au début du mois de juin 2002, le gouvernement dépose un projet de loi concernant la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Une commission parlementaire est organisée à l'automne 2002 pour entendre à nouveau les groupes et les individus intéressés à se prononcer sur le contenu du projet de loi n° 112. La Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale a été adoptée par le gouvernement du Québec en décembre 2002.

L'une des composantes des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance vise à contribuer au développement d'environnements favorables à la santé et au bien-être des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables, et ce, avec un ensemble d'acteurs de différents secteurs d'intervention. En confirmant cette approche, le ministère de la Santé et des Services sociaux énonce clairement l'importance d'une action intersectorielle régionale et locale et soutient, par le fait même, son actualisation dans les milieux.

Il ne faut pas sous-estimer la valeur de ces discours provenant « d'en haut » et voir plutôt qu'ils contribuent à créer un langage commun et à développer des valeurs sociétales qui sont à la base des nouvelles politiques publiques (White et autres, 2002). Ce discours véhicule des messages à l'ensemble des acteurs sociaux et il vise la cohérence et l'harmonisation. Il énonce des règles et des normes qui doivent être reprises par les acteurs du milieu.

2.3 L'articulation des trois niveaux de l'action intersectorielle

L'action intersectorielle est envisagée simultanément à trois niveaux : local, régional et national. Bien qu'à ces trois échelons les modalités d'action soient fort différentes, le lien doit être continu dans la mise en œuvre des projets ; c'est justement l'articulation de ces trois niveaux qui rend l'action intersectorielle véritablement efficace.

L'idée maîtresse est de créer une synergie de haut en bas et de bas en haut, et ce, en faisant s'engager dans l'action les partenaires des différents secteurs concernés par les conditions de vie des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables. Cette synergie est créée et soutenue par des personnes intervenant au niveau national, régional ou local, lesquelles ont la responsabilité de respecter les conditions qui favorisent l'action intersectorielle. Les mécanismes à mettre en place doivent être souples et efficaces. Ils doivent favoriser un aller-retour entre les différents niveaux et assurer la participation des familles : c'est là probablement le plus beau défi à relever !

Du niveau local au niveau régional

Sur le plan local, chaque milieu a l'occasion de définir ses modalités pour connaître les besoins des familles, favoriser la participation de celles-ci ainsi que concevoir et mettre en œuvre un plan d'action local et des projets intersectoriels visant à mieux répondre à ces besoins. Pour aller plus loin, il sera intéressant de trouver des moyens pour que les intervenants et les familles d'une même région puissent se parler de leurs bons coups, de leurs difficultés et des questions qui nécessitent des actions aux échelons supérieurs. Des priorités pour l'intervention au niveau régional et des actions prioritaires ou des collaborations au niveau national peuvent ainsi être déterminées. Ces rencontres régionales peuvent être organisées par les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, en collaboration avec leurs partenaires, à la fréquence qui convient le mieux aux différents acteurs.

La création d'un comité de travail régional pour organiser ces rencontres et assurer le suivi des dossiers considérés comme prioritaires peut être appropriée et faciliter la liaison avec le niveau national. Les modalités de la concertation doivent être souples et correspondre à la réalité observée dans chaque région, compte tenu des mécanismes existants. Ce comité pourrait également faire le lien entre le travail effectué dans le cadre de la mise en œuvre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance et le travail fait par d'autres équipes régionales, notamment celles qui se consacrent au développement social et à la sécurité alimentaire.

Du niveau régional au niveau national

Dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, la mise en commun des différents problèmes et des actions à entreprendre pour régler ces problèmes ainsi que la liaison entre les échelons régional et national doivent s'effectuer de façon formelle. Ainsi, la création d'un comité de travail provincial ayant le mandat de

soutenir l'implantation de ces services serait souhaitable. Ce comité, sous l'égide des différents comités de concertation entre le Ministère et les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, devrait également suivre de près les travaux d'autres équipes, par exemple celles qui travaillent en sécurité alimentaire ou en développement social, pour créer les liens qui s'imposent.

D'autres moyens pourraient être envisagés notamment la contribution à différents événements qui réunissent experts, chercheurs, décideurs de divers secteurs d'activité, intervenants et familles pour discuter des dossiers prioritaires afin de favoriser le transfert des connaissances et d'explorer de nouvelles avenues ou de nouvelles façons de faire. La production de documents de soutien sur des objets spécifiques pourrait aussi être considérée.

Un exemple d'actions intersectorielles porteuses est présenté à l'annexe 2. Cet exemple relatif à l'insécurité alimentaire permet de montrer l'importance de la liaison entre les niveaux local, régional et national.

CONCLUSION

La mise à jour du programme Naître égaux – Grandir en santé et la conception d'un nouveau programme ayant pour but de mieux soutenir les jeunes parents ont nécessité la collaboration de plusieurs partenaires du réseau de la santé et des services sociaux. Au départ, il n'était question que de revoir le premier tout en y ajoutant des activités relatives aux habitudes de vie – plus particulièrement la nutrition, la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, l'activité physique, la santé dentaire et la prévention des blessures – ainsi qu'au développement des compétences parentales. Au fil des réflexions, il a été décidé d'inclure le programme Naître égaux – Grandir en santé, le Programme de soutien aux jeunes parents ainsi que les activités de stimulation précoce pour les enfants d'âge préscolaire dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.

Au présent cadre de référence, qui définit les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance s'ajoutent des guides portant sur l'intervention en matière d'habitudes de vie, d'attachement parents-enfants et de développement des enfants ainsi qu'un programme de formation.

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité font partie de la *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille* et du *Programme national de santé publique 2003-2012*. De ce fait, le Ministère soutiendra l'implantation de ces services dans toutes les régions du Québec, comme le prévoit le Programme national de santé publique. Il va sans dire que l'organisation des activités proposées dans les guides d'intervention nécessitera l'engagement de tous les partenaires des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ainsi que celui des autres partenaires concernés par la situation des familles vivant en contexte de vulnérabilité.

BIBLIOGRAPHIE

- AUSLOOS, G. (1994). « La compétence des familles, l'art du thérapeute », *Service social*, vol. 43, n° 3, p. 7-22.
- BARNETT, W.S. (1995). « Long-term effects of early childhood programs on cognitive and school outcomes », *The Future of Children*, vol. 5, n° 3, hiver 1995, p. 25-50.
- BARON, G. (1999). *L'impact de la pauvreté sur la santé et le développement des tout-petits*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- BÉDARD, J. (1999). *Familles en détresse sociale : Repères d'action, tome II : L'intervention familiale communautaire*, Sillery, Éditions Anne Sigier, 167 p.
- BÉDARD, J. (1998). *Familles en détresse sociale : Repères d'action, tome I : Du social au communautaire*, Sillery, Éditions Anne Sigier, 140 p.
- BERG, I.K. (1996). *Services axés sur la famille : Une approche centrée sur la solution*, Québec, Éditions Edisem Inc., 216 p.
- BONNEAU, J., et autres (2001). *Rapport sur la clientèle à cibler*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 36 p.
- BONNEAU, J., M. MÉNARD et G. PAQUET (2001). *Synthèse de la consultation d'experts et d'expertes sur le profil de la clientèle à rejoindre*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 36 p.
- BOUCHARD, C. (1989). « Lutter contre la pauvreté ou ses effets ? Les programmes d'intervention précoce », *Santé mentale au Québec*, vol. XIV, n° 2, automne 1989, p. 138-149.
- BOULTE, P. (1995). *Individus en friche : Essai sur la réparation de l'exclusion par la restauration du sujet*, Paris, Desclée de Brouwer, 167 p. (Coll. Éthique sociale)
- BOYER, G., et autres (2001). *Étude des effets de la phase prénatale du programme Naître égaux – Grandir en santé*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 150 p.
- BOYER, G., et J. LAVERDURE (2000). *Le déploiement des programmes de type Naître égaux – Grandir en santé au Québec : Avis de l'Institut national de santé publique du Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 44 p.
- BRONFENBRENNER, U. (1986). « Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives », *Developmental Psychology*, vol. 22, n° 6, p. 723-742.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Cambridge (Massachusetts), Harvard University Press, 330 p.
- CARDINAL REMETE, F. (1999). *Grossesse à l'adolescence : Guide d'intervention pour un choix éclairé*, Sainte-Foy (Québec), Éditions Multimondes, 77 p.
- CENTRAIDE DU GRAND MONTRÉAL (2001). *1, 2, 3 GO ! Quand le monde tourne autour des tout-petits*, s.l., Centraide du Grand Montréal, 12 p.
- CENTRAIDE DU GRAND MONTRÉAL (1995). *1, 2, 3 GO ! Une initiative d'aide à la petite enfance, Présentation à l'usage des quartiers*, s.l., Centraide du Grand Montréal, 12 p.

CHARBONNEAU, J. (2000). *La maternité adolescente : une histoire de relations entre mères et filles*, texte révisé et soumis pour publication dans la Revue canadienne de psycho-éducation, 38 p.

CHARBONNEAU, J. (1999a). *La maternité à l'adolescence : un défi pour l'entourage, un défi pour l'intervention*, conférences scientifiques du Centre de recherche sur les services communautaires, 19 p.

CHARBONNEAU, J. (1999b). « La maternité adolescente », *Réseau*, vol. 30, n° 7, avril 1999, p. 14-19.

CLAMPET-LUNDQUIST, S. (1998). « Expanding the neighborhood effects model: Mixing quantitative and qualitative analysis », *Urban Geography*, vol. 19, n° 5, 1^{er} juillet-15 août 1998, p. 459-476.

CLOUTIER, R. (1996). *Psychologie de l'adolescence*, 2^e édition, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 326 p.

COLIN, C., et autres (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 259 p.

COLIN, C., et H. DESROSIERS (1989). *Naître égaux et en santé : Avis sur la grossesse en milieu défavorisé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux et Association des hôpitaux du Québec, 153 p. (Coll. La périnatalité au Québec, n° 3)

COMITÉ CANADIEN POUR L'ALLAITEMENT (2000). *L'initiative des amis des bébés dans la communauté : Un plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement en santé communautaire*, adapté et traduit avec la permission de « The Baby Friendly Initiative in the Community: A Seven Point Plan », 6 p.

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL – PROVINCIAL – TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (1999). *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 28 p.

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL – PROVINCIAL – TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (1994). *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, Ottawa, Ministre des approvisionnements et Services Canada, 47 p.

COMITÉ INTERMINISTÉRIEL SUR LA PRÉVENTION DES GROSSESSES PRÉCOCES ET LE SOUTIEN AUX MÈRES ADOLESCENTES (2001). *Orientations gouvernementales en matière de prévention des grossesses précoces et de soutien aux mères adolescentes*, document non publié, 68 p.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1998). *Forum sur le développement social*, rapport remis au ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, s.l., Conseil de la santé et du bien-être, 140 p.

COURNOYER, M. (1995). « Maternité précoce : un passage inédit à l'âge adulte », *PRISME*, vol. 5, n°s 2-3, été 1995, p. 266-287.

DALLAIRE, N. (1998). *Enjeux et voies d'avenir de la promotion/prévention : Une réflexion dans le champ enfance-jeunesse-famille*, thèse inédite, Département des sciences humaines appliquées, Université de Montréal, 304 p.

DÉSILETS, E. (2000). *Action intersectorielle avec les familles vivant dans l'extrême pauvreté : Guide de formation et d'animation*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et ministère de la Santé et des Services sociaux, 95 p.

DUDLEY, J.R., et G. STONE (2001). *Fathering at Risk: Helping Nonresidential Fathers*, New York, Springer Publishing Company, 344 p.

DUKEWICH T.L., J.G. BORKOWSKI et T.L. WHITMAN (1996). « Adolescent mothers and child abuse potential: an evaluation of risk factors », *Child Abuse and Neglect*, vol. 20, n° 11, p. 1031-1047.

DUNCAN, G.J., et autres (1998). « How much does childhood poverty affect the life chances of children ? », *American Sociological Review*, vol. 63, n° 3, juin 1998, p. 406-423.

DUQUETTE, M.P., J. DESROSIERS-CHOQUETTE et S. DUBOIS (1991). *Programme d'aide aux femmes enceintes de milieux défavorisés : Projet-pilote en CLSC*, Montréal, Dispensaire diététique de Montréal, 95 p. et annexes.

FORTIER, D., et D. SERGERIE (1999). *Le guide des aires de jeux 98*, Longueuil, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 55 p.

FREDE, E.C. (1995). « The role of program quality in producing early childhood program benefits », *The Future of Children*, vol. 5, n° 3, hiver 1995, p. 115-132.

GASCON GIARD, C., et G. MERCIER (2001). *Recommandations du Comité sur le soutien aux jeunes parents toxicomanes et leurs enfants*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 35 p.

GASSE, M., et S. ROBERT (en collaboration avec l'équipe de tout cœur) (1995). *Ma grossesse, je la suis de près*, Rouyn-Noranda, CLSC Le partage des eaux.

GOMBY, D.S., et autres (1995). « Long-term outcomes of early childhood programs: Analysis and recommendations », *The Future of Children*, vol. 5, n° 3, hiver 1995, p. 6-24.

GOULET, C., et autres (2001). « Le point sur les mères adolescentes au Québec », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 8, n° 2, p. 21-34.

GOULET, J., et autres (1999). *Naître égaux — Grandir en santé : Outils pour le bilan et les rapports d'activité et financiers*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 43 p.

GOULET, J., et autres (1999). *Naître égaux — Grandir en santé : Suggestions pour la mise en œuvre à partir des projets pilotes de Montréal-Centre et de l'Abitibi-Témiscamingue – Du nouveau dans la famille*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 30 p.

HAMEL, M., D. BOLDUC et N. HÉMOND (1997). *Évaluation d'un programme d'intervention précoce : rapport d'évaluation*, Rimouski, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

HAMEL, M. (1995). « Les faits et les théories qui soutiennent les interventions éducatives au préscolaire », dans Nicole Royer (sous la dir. de) *Éducation et intervention au préscolaire*, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, p. 29-54.

HAMEL, M. (1992). *Les retards de développement et l'intervention précoce. Recension d'écrits*, Rimouski, Unité de santé publique, Centre hospitalier régional de Rimouski.

HARDY, J.B., et autres (1998). « Like mother, like child: Intergenerational patterns of age at first birth and associations with childhood and adolescent characteristics and adult outcomes in the second generation », *Developmental Psychology*, vol. 34, n° 6, novembre 1998, p. 1220-1232.

HÉTU, J.L. (2000). *La relation d'aide : Éléments de base et guide de perfectionnement*, 3^e édition, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 189 p.

HIVON-LIZÉ, T. (2000). *Approche intersectorielle auprès des jeunes familles dans des petites municipalités en Abitibi-Témiscamingue*, présentation aux Journées annuelles de santé publique tenues à Montréal à l'automne 2000, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 6 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2001). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ, 1998-2002) – Les nourrissons de 5 mois : Conditions de vie, santé et développement*, vol. 1, n° 3, Québec, Institut de la statistique du Québec, 87 p. (Collection La santé et le bien-être)

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2000a). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ, 1998-2002) – Les nourrissons de 5 mois : Milieux de vie : la famille, la garde et le quartier*, vol. 1, n° 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, 62 p. (Collection La santé et le bien-être)

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2000b). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ, 1998-2002) – Les nourrissons de 5 mois : L'alimentation du nourrisson*, vol. 1, n° 5, Québec, Institut de la statistique du Québec, 52 p. (Collection La santé et le bien-être)

KINO-QUÉBEC (1997). *Pour que ça bouge chez vous*, 19 p.

KINO-QUÉBEC (1994). *Agora*, numéro hors série, 12 p.

KINO-QUÉBEC (1993). *Trousse « Famille au jeu » : Prenez un air... de famille !*, comprenant un guide d'intervention, des fiches techniques, un cadre de référence et des outils.

LACHARITÉ, C. (2001). « Comprendre les pères de milieux défavorisés », actes du premier symposium national sur la place et le rôle du père tenu à Montréal les 8 et 9 novembre 2000, Montréal, *Présences de pères*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, p. 57-61.

LE BOSSÉ, Y., et F. DUFORT (2001). « Le pouvoir d'agir (*empowerment*) des personnes et des communautés : Une autre façon d'intervenir », dans F. Dufort et J. Guay (sous la dir. de), *Agir au cœur des communautés : La psychologie communautaire et le changement social*, Sainte-Foy (Québec), Presses de l'Université Laval, p. 75-115.

LE BOSSÉ, Y. (1996). « *Empowerment* et pratiques sociales : illustration du potentiel d'une utopie prise au sérieux », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 9, n° 1, p. 127-145.

LEFEBVRE, M. (2001). *L'agir optimal : Relever le défi des services accessibles en petite enfance*, Communication présentée à la Conférence annuelle du loisir municipal tenue à Bromont, les 16, 17 et 18 octobre 2001.

LEROUX, R., et W.A. NINACS (2002). *La santé au cœur du développement : pour une action globale et locale*, document de travail du groupe de travail des répondants en développement social et en développement des communautés des directions de santé publique.

LOIGNON, C. (1996). *L'adolescence bousculée : Prévention et soutien de la grossesse et de la maternité/paternité à l'adolescence – État de la situation pour la région de Montréal : Rapport de recherche menée dans le cadre du programme Projet, placement, carrière*, Montréal, Regroupement québécois Naissance-Renaissance, 31 p.

MARTIN, C., G. BOYER et coll. (1995). *Naître égaux – Grandir en santé : Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux et Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 213 p.

MAYER, F., et C. MORIN (2000). *Pour réduire les inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté – Annexe 1 : Le faible revenu après impôt au Québec : situation actuelle et tendances récentes*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 125 p.

MILEY, K.K., M. O'MELIA et B.L. DuBOIS (1995). *Generalist Social Work Practice: An Empowering Approach*, Boston, Allyn and Bacon, 560 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *Programme de soutien aux jeunes parents – Document initial pour la phase d'implantation*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 44 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *Stratégie d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 48 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 75 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1993). *Politique de périnatalité*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 101 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Un Québec fou de ses enfants*, rapport du groupe de travail pour les jeunes, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 179 p.

MINISTÈRE DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS ET DE L'IMMIGRATION (2001). *Plan stratégique 2001-2004*, ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, 31 p.

MINISTÈRE DES RELATIONS AVEC LES CITOYENS ET DE L'IMMIGRATION (2000). *Portraits statistiques de la population immigrée, 1996 : Québec, régions métropolitaines de recensement, régions administratives – Recensement 1996 : données ethnoculturelles*, s.l., Direction de la planification stratégique et Direction des communications, ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration, 153 p. (Collection Études, recherches et statistiques, n° 5)

NINACS, W.A. (2001). *Le développement et la santé – De la théorie à la pratique : Pourquoi, comment, avec qui et par qui ?*, communication présentée à la conférence annuelle 2001 de l'Association pour la santé publique du Québec.

NINACS, W.A. (1995). « *Empowerment et service social : approches et enjeux* », *Service social*, vol. 44, n° 1, p. 69-94.

NOLIN, B., et autres (2002). *Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998*, Québec, Les Publications du Québec, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec, l'Institut de la statistique du Québec et Kino-Québec, 137 p.

OLDS, D.L., et autres (2002). « Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized controlled trial », *Pediatrics*, vol. 110, n° 3, septembre 2002, p. 486-496.

OLDS, D.L., et autres (1999). « Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings », *The Future of Children*, vol. 9, n° 1, printemps-été 1999, p. 44-65.

OLDS, D.L., et autres (1997). « Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial », *Journal of American Medical Association*, vol. 278, n° 8, 27 août 1997, p. 637-643.

OUELLET, F., et C. GOULET (2000). *Être père en milieu d'extrême pauvreté*, texte annexé au document *Les guides périnataux pour le suivi des familles, Naître égaux – Grandir en santé*, ministère de la Santé et des Services sociaux et Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, p. 112-116.

OUELLET, F., et autres (2000a). « Intervention en soutien à l'empowerment dans Naître égaux – Grandir en santé », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 13, n° 1, p. 85-102.

OUELLET, F., et autres (2000b). *L'empowerment dans Naître égaux – Grandir en santé : Rapport détaillé*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 40 p.

OUELLET, F., M. PAIEMENT et P.H. TREMBLAY (1995). *L'action intersectorielle, un jeu d'équipe*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et CECOM de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, 73 p.

PAGEAU, M., et autres (2001). *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions*, Québec, Les Publications du Québec, 432 p.

PALACIO-QUINTIN, E., et R. CODERRE (1999). *Les services de garde à l'enfance : Influence des différents types de garde sur le développement de l'enfant*, Trois-Rivières, Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

PAQUET, G. (1998). « Pour aller au-delà des croyances quant à l'égalité des chances de réussite : un bilan de la recherche sur l'intervention préscolaire en milieu défavorisé », *Revue canadienne de psycho-éducation*, vol. 27, n° 1, p. 75-106.

PICHÉ, C., et autres (1997). *Papa, maman et les autres...*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

POISSANT, J. (2002). *Le discours des adolescentes mères sur les changements, les ressources mobilisées et leur adaptation durant la maternité*, Montréal, Université du Québec à Montréal, 121 p.

RAMEY, C.T., et S.L. RAMEY (1998). « Early intervention and early experience », *American Psychologist*, vol. 53, n° 2, février 1998, p. 109-120.

ROSS, D., et P. ROBERTS (1999). *Le bien-être de l'enfant et le revenu familial : Un nouveau regard au débat sur la pauvreté*, Ottawa, Conseil canadien de développement social, 52 p.

SCARR, S. (1998). « American child care today », *American Psychologist*, vol. 53, n° 2, février 1998, p. 95-108.

SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE (1997). *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises*, Québec, Secrétariat à la condition féminine, 138 p.

SÉGUIN, L., et autres (2001). « Conditions de vie, santé et développement, section I – Pauvreté, conditions de naissance et santé des nourrissons », dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – Les nourrissons de 5 mois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, vol. 1, n° 3 (Collection La santé et le bien-être)

SHORE, R. (1997). *Rethinking the Brain. New Insights into Early Development*, New York, Families and Work Institute, 92 p.

SOLIDARITÉ RURALE DU QUÉBEC (1999). *Pour un réseau de transport intervillages*, document préliminaire.

ST-AMAND, N., et M. KÉRISIT (1998). *Pauvreté et nouvelles solidarités : Repenser l'intervention*. Montréal, Éditions Saint-Martin, 160 p.

STEVENS-SIMON, C., et M. ORLEANS (1999). « Low-birthweight prevention programs: The enigma of failure », *Birth*, vol. 26, n° 3, septembre 1999, p. 184-191.

TARABULSY, G.M., et autres (1998). « L'intervention auprès de jeunes mères et de leur enfant : perspective de la théorie de l'attachement », *Criminologie*, vol. 31, n° 1, p. 7-23.

TREMBLAY, C. (2001). « La grossesse à l'adolescence : Mieux comprendre pour mieux intervenir », *L'infirmière du Québec*, p. 43-50.

VAINSEL, M. (2002). *Manifeste de Bruxelles : Pour le bien-être et la reconnaissance de la dignité de tous les enfants*, Fonds Houtman, 5 p.

VEILLEUX, R., et G. BOYER (2002). *Mise à jour du programme Naître égaux — Grandir en santé : Consultation auprès des familles*, ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et les directions de santé publique du Québec, 32 p.

WHITE, D., et autres (2002). *Pour sortir des sentiers battus : L'action intersectorielle en santé mentale*, Sainte-Foy (Québec), Les Publications du Québec, 331 p.

YOSHIKAWA, H. (1995). « Long-term effects of early childhood programs on social outcomes and delinquency », *The Future of Children*, vol. 5, n° 3, hiver 1995, p. 51-75.

ZOCCOLILLO, M. (2000). « Santé et adaptation sociale des parents, section II – Adaptation sociale » dans *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – Les nourrissons de 5 mois*, vol. 1, n° 9, Québec, Institut de la statistique du Québec, 58 p. (Collection La santé et le bien-être)

ANNEXE 1

EXEMPLE D'UN PROCESSUS MIS EN ŒUVRE POUR RÉALISER DES PROJETS INTERSECTORIELS

La section qui suit présente un exemple de démarche qui mobilise un ensemble de partenaires autour d'intérêts communs et qui vise la mise en œuvre de projets intersectoriels. Il faut voir toutefois que des projets intersectoriels peuvent émerger d'autres contextes et qu'il est tout aussi important de les soutenir.

La mobilisation des partenaires⁷

La première étape de l'action intersectorielle consiste à mobiliser les familles et l'ensemble des acteurs dont l'intervention aura des effets sur le développement des enfants de milieux défavorisés. Cependant, avant de réunir les partenaires, il apparaît pertinent de connaître les principales caractéristiques du milieu dans lequel les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance seront offerts. Ainsi, en plus d'analyser les données sociodémographiques et les données sociosanitaires, il faut s'intéresser aux ressources, à ceux qui assument un rôle de leaders, aux principales collaborations interorganismes, aux regroupements intersectoriels ainsi qu'aux projets en cours. En effet, il s'avère important de tenir compte de ce qui existe déjà dans le milieu et d'avoir une bonne idée de l'état de la concertation au regard des besoins des familles étant dans une situation qui les rend vulnérables. Les principaux projets, acteurs et tables de concertation touchant la petite enfance doivent donc être pris en considération ainsi que les principales actions et concertations qui visent tant l'amélioration des conditions de vie que la lutte contre la pauvreté.

Selon les différentes caractéristiques du milieu et l'état de la concertation, il s'agit d'étudier, avec les partenaires, les modalités les plus appropriées à la mise en œuvre de l'action intersectorielle. Par exemple, s'il n'existe pas de regroupement intersectoriel, il est possible de former un petit comité provisoire avec des individus ou des représentants d'organismes engagés ou intéressés à s'engager auprès des familles les plus pauvres. Les membres de ce comité auront à s'approprier le contenu des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance et à définir les moyens qu'ils entendent utiliser pour offrir ces services aux personnes visées.

Par la suite, ce comité peut organiser une rencontre avec les divers représentants d'organismes et les citoyens que la question concerne afin de leur présenter les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance et la démarche qu'il propose pour les implanter. Cette rencontre doit laisser une large place à l'échange d'idées avec les participants pour que ceux-ci puissent donner leur point de vue sur les services ainsi que sur les principaux aspects de la démarche proposée. Ce qui demeure primordial à la première étape, c'est de mobiliser les acteurs par rapport au but et aux objectifs des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, qui sont de favoriser tant la croissance que le développement optimal des tout-petits placés dans une situation les rendant vulnérables et d'inclure la naissance des enfants à venir dans un projet porteur de réussite pour les parents.

S'il existe déjà un regroupement intersectoriel, la première rencontre peut se faire avec les représentants de ce regroupement. Il est encore ici pertinent d'étudier ensemble les modalités les plus appropriées à la réalisation du projet. Par exemple, il peut être décidé de former un comité de travail qui aura comme mandat de soutenir le regroupement dans la mise en œuvre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. À ce moment-ci, il est important de mesurer l'engagement des partenaires et des représentants du regroupement à l'égard de ces services.

⁷. Les étapes de l'action intersectorielle reprennent les principaux éléments présentés dans le document rédigé par F. Ouellet, M. Paiement et P.H. Tremblay, *L'action intersectorielle, un jeu d'équipe*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre et CECOM de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, 1995 ainsi que le contenu du document produit par J. Goulet et autres, *Naître égaux – Grandir en santé : Suggestions pour la mise en œuvre à partir des projets pilotes de Montréal-Centre et de l'Abitibi-Témiscamingue – Du nouveau dans la famille*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1999.

Avec un regroupement intersectoriel, il est primordial de nommer une personne responsable de l'animation de l'action intersectorielle. L'organisateur communautaire du centre de santé et de services sociaux est une personne généralement bien placée pour remplir cette fonction, à certaines conditions toutefois. D'une part, la direction du centre de santé et de services sociaux doit reconnaître clairement ce mandat. Cela implique qu'elle en accepte la responsabilité et qu'elle est prête à assumer, seule ou en collaboration avec des partenaires, un leadership dans la mise en œuvre des services. D'autre part, les membres du regroupement intersectoriel doivent avoir le désir de s'engager dans un projet dont la coordination est confiée à la personne responsable de l'organisation communautaire. Si ce n'est pas le cas, il faut confier ce mandat à une autre personne qui a la volonté de jouer ce rôle et la disponibilité pour le faire. Si l'organisateur communautaire assume la fonction de coordination, la direction du centre de santé et de services sociaux devra désigner une autre personne pour représenter le suivi individualisé au comité promoteur ou au regroupement intersectoriel ; cela permet de distinguer clairement les rôles de chacun et aide au bon déroulement de l'action intersectorielle.

Pour la constitution des comités provisoires ou des comités de travail, il apparaît pertinent d'envisager, outre la participation de la personne responsable de l'organisation communautaire dans un centre de santé et de services sociaux, celle de partenaires représentant les deux composantes des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, soit le suivi individualisé et le soutien à la création d'environnements favorables, et ce, dans leurs différentes facettes ; il pourra s'agir d'une personne responsable d'un organisme s'occupant de la défense des droits et de l'amélioration des conditions de vie, d'une personne responsable d'une maison des familles ou d'un centre de la petite enfance ou, encore, d'un chef d'équipe d'un centre de santé et de services sociaux, par exemple. De même, si des parents sont déjà engagés socialement dans la réponse aux besoins des familles qui connaissent la pauvreté, il est important de voir dès le départ comment il est possible de les inciter à participer aux travaux des comités ou du regroupement intersectoriel.

La recherche d'un consensus de base

Établir un consensus de base est essentiel pour la réussite de l'action intersectorielle et la recherche d'un tel consensus constitue la deuxième étape dans une action de ce type. Pour y arriver, les partenaires mettent en commun leurs valeurs, leurs visions de la question qui les intéresse, leurs orientations et leurs façons de travailler. Ainsi, chaque partenaire fera part aux autres de sa vision des enfants de milieux défavorisés, de ses perceptions quant aux besoins et aux forces des familles étant dans une situation qui les rend vulnérables, de ses principales orientations au regard des besoins des familles, de ses points de vue tant sur le but et les objectifs des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance que sur les stratégies privilégiées pour l'intervention, de ses façons d'intervenir auprès des familles visées ainsi que de sa vision de la participation de ces familles à l'action intersectorielle.

Au terme des discussions, les partenaires doivent être en mesure de faire ressortir les consensus concernant leurs visions de la situation des familles, de s'entendre sur les principales orientations à se donner pour la mise en œuvre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance et de convenir des modalités de fonctionnement. La souplesse du processus permettra aux membres de réviser ces consensus au besoin.

La mise en commun des projets et l'analyse des besoins du milieu

L'analyse faite avant de mobiliser les partenaires a permis de connaître, entre autres, les collaborations, les forces et les projets existant dans le milieu. La troisième étape de l'action intersectorielle est l'occasion pour les partenaires de prendre connaissance du

portrait qui a été tracé de la communauté. À partir de ce portrait, ils doivent déceler les besoins auxquels la communauté n'a pas encore répondu en ce qui concerne les enfants de milieux défavorisés et mettre en commun les projets que chacun avait ébauchés, le cas échéant. Par la suite, les partenaires pourront déterminer des priorités d'action en tenant compte à la fois de ces besoins et de l'importance d'agir simultanément sur les différents déterminants de la santé et du bien-être des enfants.

À cette étape, il est aussi important d'associer les familles au processus, en particulier pour l'analyse des besoins et la détermination des priorités d'action. On pourra, par exemple, procéder à une consultation dans le milieu, tenir un forum sur la famille, organiser des groupes de discussion avec les familles visées ou encore, consulter les familles par l'entremise des intervenantes privilégiées qui s'occupent du suivi individualisé à domicile.

Par ailleurs, il est pertinent d'atteindre un certain équilibre entre la réflexion et l'action et de ne pas viser à avoir un portrait parfait de la situation avant d'agir. Par exemple, en même temps que les partenaires tracent un portrait du milieu, il leur est possible d'organiser une activité concrète, telle qu'une fête de quartier ou une fête des nouveau-nés, pour entrer en contact avec les familles. Cela permet, d'une part, de maintenir l'intérêt de certains partenaires davantage axés sur l'action et, d'autre part, de rencontrer des familles dans le cadre d'une activité de loisir tout en leur faisant part des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance ainsi que de leur évolution possible dans la communauté. De surcroît, ces activités peuvent aussi en inciter certaines à s'engager dans l'action intersectorielle.

L'élaboration du plan d'action local

La quatrième étape de l'action intersectorielle consiste à élaborer un plan d'action commun intégrant les projets et les activités que les partenaires proposent en un tout cohérent et ordonné. Le plan d'action peut être fait sur une base annuelle et contenir des objectifs à moyen terme. Il doit être réaliste, compte tenu des moyens dont les partenaires disposent pour le réaliser.

Bien que cet aspect n'ait pas fait l'objet de recherches particulières, certaines caractéristiques d'un plan d'action local porteur de réussite ont pu être définies à la lumière de l'expérimentation du programme Naître égaux – Grandir en santé. Les caractéristiques en question sont les suivantes :

- le plan d'action tient compte des collaborations et des projets existant dans la communauté ;
- il est établi à partir de la mise en commun des besoins exprimés par les familles et des besoins décelés par les intervenants ;
- il est approuvé par l'ensemble des partenaires ;
- il favorise la participation des familles ;
- il vise différentes cibles et cherche à agir sur différents déterminants ;
- il mise sur les forces et le potentiel des familles, des intervenants et de la communauté en même temps qu'il tient compte des ressources disponibles ;
- il tient compte de la documentation scientifique eu égard aux interventions efficaces et prometteuses auprès des familles étant dans une situation qui les rend vulnérables ;
- il comprend des projets communs, rassembleurs et novateurs ainsi que des activités de soutien ;
- il inclut des mécanismes pour faciliter les collaborations interorganismes et pour assurer tant l'articulation que la cohésion des composantes des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance ;

- il prévoit des moyens pour établir des liens avec d'autres actions issues de la communauté et pour permettre une articulation avec d'autres niveaux d'intervention relativement à certains dossiers en vue d'apporter une meilleure réponse aux besoins des familles visées ;
- il comporte des modalités de suivi et d'évaluation permettant sa mise à jour périodique.

Par ailleurs, il demeure clair que des projets intersectoriels porteurs de réussite peuvent venir de la communauté, sans nécessairement découler d'une démarche structurée relative à l'élaboration d'un plan d'action. Ces projets doivent être mis en lien avec les démarches en cours et doivent également être soutenus.

Le plan d'action se subdivise en deux grandes parties. La première concerne le travail préparatoire qu'il faut accomplir avant d'être en mesure d'offrir les activités à la population visée. En fait, il s'agit de donner un cadre à l'analyse de la situation, à l'élaboration du plan d'action lui-même ainsi qu'à l'évaluation des projets et de l'action des partenaires. Pour y arriver, il faut définir des objectifs généraux et les moyens de les atteindre ; on doit aussi indiquer le coordonnateur et les collaborateurs, les prévisions relatives aux ressources humaines, matérielles et financières ainsi que l'échéancier.

La deuxième partie du plan d'action porte sur l'implantation des projets. Elle comprend des objectifs particuliers ainsi que la description des activités et des modalités d'organisation, auxquels s'ajoutent des informations sur les collaborations interorganismes et sur les mécanismes à mettre en place ou à consolider – par exemple, les modalités relatives à l'orientation ou à l'accompagnement des familles et les moyens d'assurer la continuité entre les projets ou les services. Encore ici, on indiquera le coordonnateur et les collaborateurs, les prévisions concernant les ressources humaines, matérielles et financières ainsi que l'échéancier.

Toutefois, il peut être utile de prévoir des activités de soutien à l'intention des partenaires eux-mêmes ; de telles activités ont été incluses dans l'exemple de plan d'action que nous présentons plus loin, lequel comporte donc trois volets. Elles se rapporteront, entre autres, au fonctionnement du groupe, aux communications internes, à des ententes entre les partenaires, à la formation de ces partenaires, au recrutement des personnes qui participeront aux projets et à l'évaluation des projets réalisés. Par exemple, le fait d'offrir à des intervenants de différents secteurs des activités de formation axées sur les pratiques permet de consolider les liens qu'ils tissent entre eux, de faciliter les collaborations interorganismes et, au bout du compte, d'améliorer l'intervention auprès des familles. En effet, puisqu'ils ont une meilleure connaissance les uns des autres, il leur est plus facile d'orienter les personnes vers les services dont elles ont besoin. Cette troisième partie du plan d'action doit également inclure des modalités permettant de créer des liens avec les autres actions menées dans la communauté et avec les acteurs du niveau régional ou national lorsque l'intervention de ces derniers est nécessaire.

L'implantation et l'évaluation des activités

Pendant la période d'implantation, il est nécessaire que les projets soient rigoureusement coordonnés et que les partenaires soient bien informés de leur déroulement, ce qui les incite à se conformer au plan d'action établi et entretient leur motivation. Il s'avère aussi important de soutenir les familles et les intervenants engagés dans la réalisation des projets ainsi que de favoriser les collaborations interorganismes et l'harmonisation des approches. Ce soutien peut être offert sous forme d'une aide directe permettant à ces personnes de surmonter des difficultés liées à la réalisation d'un projet ou par l'intermédiaire d'une formation – en rapport avec un sujet qui les intéresse collectivement – entre autres, les approches et les moyens à utiliser pour mieux entrer en contact avec les familles étant dans une situation qui les rend vulnérables ou les

populations marginalisées, les approches et les moyens à utiliser pour entrer en contact avec les pères et favoriser l'engagement paternel ou, encore, la sécurité alimentaire. La recherche s'avère un autre bon moyen de soutenir la réalisation du plan d'action. Par exemple, elle aidera les partenaires à mieux comprendre la réalité des familles visées par les activités et les différents points de vue de ces familles sur le développement de l'enfant, les rôles parentaux ou le soutien offert par la communauté. De plus, elle servira à évaluer l'efficacité des projets ou des activités, amenant parfois les partenaires à en revoir certains.

Par ailleurs, les partenaires doivent se donner périodiquement – par exemple, annuellement – l'occasion de parler de leurs bons coups, de leurs difficultés, des défis à relever et des solutions à apporter ainsi que l'occasion de faire le bilan de leur intervention. On peut y voir une façon supplémentaire d'entretenir leur motivation et une incitation à se conformer au plan d'action établi ou, au contraire, à le modifier. Afin d'évaluer leur intervention, les partenaires auront à se demander, entre autres, si les activités qu'ils ont proposées leur ont permis d'entrer en contact avec les familles visées et de répondre aux besoins de celles-ci. D'autres questions porteront précisément sur les collaborations interorganismes, la mise en place des conditions nécessaires au succès de l'action intersectorielle et le fonctionnement du regroupement.

EXEMPLE

**PLAN D'ACTION
CONÇU PAR UNE TABLE D'ACTION
INTERSECTORIELLE *FAMILLE-ENFANCE***

EXEMPLE DE PLAN D'ACTION CONÇU PAR UNE TABLE D'ACTION INTERSECTORIELLE *FAMILLE-ENFANCE*⁸

1. TRAVAIL PRÉPARATOIRE						
ÉTAPES	OBJECTIFS GÉNÉRAUX	MOYENS	ORGANISME COORDONNATEUR ET COLLABORATEURS	COLLABORATEURS DE L'EXTÉRIEUR	RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES	ÉCHÉANCIER
Analyse de la situation	- Faire ou mettre à jour le portrait des conditions de vie et des besoins des familles vivant sur le territoire. - Faire ou mettre à jour l'inventaire des organismes, services, projets et programmes existant sur le territoire. - Faire en sorte que tous les partenaires aient une vision commune : - des besoins et des forces des familles vivant sur le territoire ; - de la participation des familles visées au processus de mise en œuvre du plan d'action et des moyens à mettre en place pour favoriser cette participation ; - des ressources existant sur le territoire ; - des services et des projets à créer ou à consolider en priorité.	- Réalisation ou mise à jour d'une étude des besoins faite auprès des familles et des intervenants - Réalisation ou mise à jour de l'inventaire des ressources - Rencontres pour discuter de l'étude des besoins, de l'inventaire des projets et des services existant sur le territoire ainsi que de la participation des familles au processus de mise en œuvre du plan d'action	- Étude des besoins et inventaire des projets et des services : un sous-comité de la Table - Rencontres : tous les membres de la Table	- Autres tables de concertation travaillant à l'amélioration des conditions de vie (ex. : regroupement en sécurité alimentaire, table de développement social, coalition de lutte contre la pauvreté, etc.) - DSP (portrait du quartier ou de la municipalité, données sur l'état de santé et de bien-être de la population, outils sur le recrutement et la participation des familles conçus à l'intention des intervenants, etc.)	Budget pour effectuer ou mettre à jour l'étude des besoins et l'inventaire des ressources	- Étude de besoins et inventaire des ressources : de septembre à novembre 2003 - Rencontres : décembre 2003

⁸. L'exemple que nous proposons est basé sur un plan d'action élaboré par la Direction de santé publique de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie.

1. TRAVAIL PRÉPARATOIRE

ÉTAPES	OBJECTIFS GÉNÉRAUX	MOYENS	ORGANISME COORDONNATEUR ET COLLABORATEURS	COLLABORATEURS DE L'EXTÉRIEUR	RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES	ÉCHÉANCIER
Élaboration du plan d'action	Élaborer un plan d'action permettant de répondre aux besoins prioritaires décelés et visant à assurer tant l'accessibilité que la continuité des projets et des services pour les familles.	- Réflexion à partir de l'analyse des besoins et de l'état de situation des projets, services, programmes déjà existants - Identification des projets, activités ou services à consolider ou à développer - Détermination des priorités d'action (ex. : ateliers parents-enfants ; répit ; sécurité alimentaire ; aires de jeux sécuritaires ; transport ; lutte contre la pauvreté, défense des droits et actions d'influence ; information et sensibilisation ; recrutement et participation des familles) - Mise sur pied des petits groupes de travail pour la planification des projets retenus en favorisant la participation des familles - Mise en forme des projets - Discussion sur le contenu des projets avec l'ensemble des membres de la Table. - Entente sur des mécanismes de collaboration avec les partenaires de l'extérieur pour l'implantation de chacun des projets retenus	- Membres des groupes de travail - Membres de la table intersectorielle	- Soutien possible de la DSP - Collaboration possible d'organismes pour la réalisation des projets (ex. : prêt de locaux ou d'équipements) - Possibilité de créer des liens avec des regroupements régionaux ou nationaux relativement à certains dossiers ou projets	- Budget pour réaliser chacun des projets - Budget pour faciliter la participation des familles - Inventaire des sources de financement ou de collaboration possibles (ex. : prêt de locaux, prêt d'équipements, disponibilité des ressources humaines, subventions, dons, commandites, activités-bénéfice, etc.)	- Rencontres des groupes de travail de janvier à mars 2004 - Rencontres de la table intersectorielle : avril 2004 - Rencontres avec les partenaires de l'extérieur : de janvier à avril 2004
Planification du bilan des projets et du fonctionnement de la Table	Prévoir une analyse périodique de la mise en œuvre du plan d'action et des projets ainsi que du fonctionnement de la Table, et faire les adaptations nécessaires.	- Adaptation ou conception d'outils pour faire le suivi des projets et faire le bilan annuel - Collecte d'informations pour le suivi du plan	- Comité de soutien ou de coordination de la Table - Membres de la Table	Soutien possible de la DSP (ex. : information sur les outils existants)	Possibilité de tenir la rencontre pour faire le bilan dans un endroit permettant également la détente et le loisir afin de favoriser les échanges informels et la création de liens entre les partenaires	- Premier bilan du fonctionnement de la Table et des étapes franchies : juin 2004 - Deuxième bilan (incluant les projets) : juin 2005 ; mise à jour du plan : septembre 2005

2. IMPLANTATION DES PROJETS ET DES ACTIVITÉS

TITRE DU PROJET	OBJECTIFS PARTICULIERS	MOYENS	ORGANISME COORDONNATEUR ET COLLABORATEURS	COLLABORATEURS DE L'EXTERIEUR	RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES	ÉCHÉANCIER
Ateliers parents-enfants	- Améliorer l'attachement et les relations parents-enfants. - Favoriser le développement psychomoteur, langagier et social de l'enfant. - Soutenir les parents dans la réalisation de leur rôle.	- Ateliers parents-enfants de 6 à 12 mois et de 12 à 18 mois organisés en tenant compte des éléments de réussite des interventions (ex. : fréquence et contenu des activités, formation des éducatrices, etc.) - Développement des activités en continuité avec l'intervention effectuée par les instances locales dans le cadre du suivi à domicile	Maison de la famille, en collaboration avec l'instance locale	Soutien possible de la DSP pour l'élaboration du contenu du projet	Budget pour le local, le salaire des éducatrices, le matériel éducatif, etc.	Début du projet : septembre 2004
Répit de fin de semaine pour les familles qui ont au moins 1 enfant de 0 à 5 ans et les femmes enceintes ayant des enfants de moins de 12 ans Exclusion : Cas où l'intervention relève de la DPJ	Offrir 272 jours de répit-gardiennage dans des familles pour des enfants de 0-5 ans et la fratrie (jusqu'à 11 ans inclusivement) : - Séjours de 1 journée : 136 par année - Séjours de 2 journées ou d'une journée incluant le coucher : 64 par année	- Gestion des demandes et des places - Mise en relation des familles ayant besoin de répit et des familles assurant le gardiennage - Recrutement, sélection, formation et soutien des familles assurant le gardiennage - Gestion du budget	Instance locale Organismes membres de la Table CJM, avec la collaboration des CPE membres de la Table Organisme communautaire fiduciaire de la Table	(Aucun)	- Séjours d'une journée : 3 400 \$ 0-4 ans : 68 x 24 \$ = 1 632 \$ 5-11 ans : 68 x 26 \$ = 1 768 \$ - Séjours de 2 jours : 3 400 \$ 0-4 ans : 34 x 48 \$ = 1 632 \$ 5-11 ans : 34 x 52 \$ = 1 768 \$ - Divers (ex. : annonce pour recrutement) : 200 \$ - Transport : frais couverts par le budget du projet transport TOTAL : 7 000\$	An 1 : (2002-2003) : conception du projet An 2 : (2003-2004) : mise en œuvre du projet

2. IMPLANTATION DES PROJETS ET DES ACTIVITÉS

TITRE DU PROJET	OBJECTIFS PARTICULIERS	MOYENS	ORGANISME COORDONNATEUR ET COLLABORATEURS	COLLABORATEURS DE L'EXTERIEUR	RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES	ÉCHÉANCIER
Sécurité alimentaire : • Groupe d'achats • Projet de mini-prêts pour l'achat de congélateurs	- Améliorer le pouvoir d'achat des jeunes familles vivant sur le territoire. - Améliorer le pouvoir d'achat des jeunes familles pauvres vivant sur le territoire.	- Mise sur pied de groupes d'achats pour les familles dans quatre municipalités du territoire : - recherche de financement ; - recrutement ; - recherche de fournisseurs ; - formation sur le fonctionnement et l'utilisation d'outils de gestion ; - mise en œuvre. - Mise sur pied d'un projet de mini-prêts aux familles pauvres pour l'achat d'un congélateur : - définition des conditions de participation ; - recherche de financement pour l'obtention d'un prêt ; - recherche de fournisseurs ; - recrutement ; - mise en œuvre.	Organisme local en sécurité alimentaire ou instance locale Organisme local en sécurité alimentaire ou instance locale	Collectif des groupes d'achats du Québec Conseil de développement économique/ caisses populaires + Chambre de commerce	Fonds de démarrage : 1 000 \$ Financement d'une partie du salaire de l'intervenant : 10 000 \$ Fonds de soutien à l'implantation : 2 000 \$	An 1 : 2002-2003 : conception du projet jusqu'à juillet 2003 An 2 : (2003-2004) : mise en œuvre du projet à partir de l'automne 2003 An 1 : (2002-2003) : conception du projet
Aménagement d'aires de jeux sécuritaires	Améliorer les aires de jeux dans les parcs municipaux afin d'assurer la sécurité des enfants et d'inciter les familles à s'y rendre.	- Rencontres avec les autorités municipales pour rendre les aires de jeux conformes aux normes de l'Association canadienne de normalisation (ACNOR/CSA) - Actions visant à susciter la collaboration des familles et des citoyens afin de rendre les aires de jeux sécuritaires et accueillantes pour les familles	Sous-comité de la Table Collaboration des membres de la Table	- DSP - Municipalité - Citoyens - Autres collaborateurs	- Ressources humaines de la municipalité - Familles et citoyens - Budget de la municipalité - Chambre de commerce - Dons ou commandites	Automne 2004
Transport	- Permettre aux familles de faire différentes activités quotidiennes inhérentes à la vie familiale et sociale. - Favoriser l'accès aux services pour toute la population. - Permettre aux familles les plus isolées d'avoir accès aux services.	- Amélioration de la desserte du lieu par les transports en commun publics - Mise en place d'un système de voitures collectives du type « Communauto » - Organisation d'un système de taxi-bus	Sous-comité de la Table Collaboration des membres de la Table	- Commission régionale de transport - Industrie du taxi - Concessionnaires d'automobiles - Chambre de commerce	- Budget de départ pour la location d'automobiles - Partage des coûts avec les commerçants - Participation financière de la Chambre de commerce	- Démarches à l'automne 2004 - Début des activités à l'hiver 2005 - Continu

2. IMPLANTATION DES PROJETS ET DES ACTIVITÉS

TITRE DU PROJET	OBJECTIFS PARTICULIERS	MOYENS	ORGANISME COORDONNATEUR ET COLLABORATEURS	COLLABORATEURS DE L'EXTERIEUR	RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES	ÉCHÉANCIER
Lutte contre la pauvreté, défense des droits et actions d'influence	- Faire connaître les besoins des familles très pauvres, et défendre leurs droits et leurs intérêts. - Faire des revendications ou des pressions en vue de l'adoption de politiques publiques plus justes ou de l'adoption de mesures économiques, sociales ou fiscales visant l'amélioration des conditions de vie des familles pauvres.	- Association à des coalitions existantes ou démarche pour susciter la création d'une coalition locale - Participation aux activités de groupes de pression ou de regroupements de défense des droits - Actions publiques relatives à des politiques ou des mesures concernant les besoins et les conditions de vie des familles pauvres (ex. : services de répit, places en CPE, sécurité du revenu et montant plancher pour subvenir aux besoins essentiels, etc.)	- Un sous-comité de la Table mandaté pour cette tâche - Membres de la Table et familles	- Regroupements des instances locales, des CPE et des organismes s'occupant des familles - Organismes de défense des droits ou coalitions (ex. : Front commun des personnes assistées sociales du Québec, Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté, etc.)	Prévoir un budget pour les déplacements à l'occasion des activités.	Dossiers répit, services de garde : automne 2004 À déterminer en fonction des actions prévues par les coalitions ou les organismes nationaux
Information et sensibilisation	- Faire connaître l'existence du projet aux différentes ressources du quartier ou de la municipalité, aux familles et à l'ensemble de la population. - Amener la population à avoir une image positive des personnes qui vivent dans la pauvreté en lui faisant connaître leur débrouillardise. - Sensibiliser la population et les décideurs aux conséquences de la pauvreté sur la vie quotidienne et la santé des personnes qui vivent dans des milieux défavorisés.	- Conception d'un plan de communication et d'outils de communication adaptés aux publics cibles - Préparation et tenue d'une campagne d'information : - recherche d'information sur la problématique de la pauvreté dans la région ainsi que sur l'impact de la pauvreté sur la santé des familles ; - organisation d'activités permettant de recueillir les témoignages de parents qui vivent dans la pauvreté ; - montage d'un dossier d'information ; - organisation de la campagne d'information ; - organisation de <i>L'opération fin de mois</i> pour sensibiliser les décideurs	- Un sous-comité de la Table mandaté pour cette tâche - Collaboration de l'ensemble des membres de la Table	- Organismes de défense des droits ou coalition locale - Journal local - Radio ou télévision communautaires - Municipalité	Budget pour les outils de communication, le dossier de presse et les envois postaux, entre autres	Automne 2004 et hiver 2005 Moyen terme

2. IMPLANTATION DES PROJETS ET DES ACTIVITÉS

TITRE DU PROJET	OBJECTIFS PARTICULIERS	MOYENS	ORGANISME COORDONNATEUR ET COLLABORATEURS	COLLABORATEURS DE L'EXTERIEUR	RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES	ÉCHÉANCIER
Recrutement et participation des familles	- Faire connaître aux principales ressources du quartier ou de la municipalité en relation avec les familles visées les principaux éléments du plan d'action et les inciter à orienter ces familles vers les services ou les projets et à les accompagner aux activités. - Entrer en contact avec les familles les plus isolées ou marginalisées. - Susciter la participation des familles aux projets et au processus de mise en œuvre du plan d'action.	- Conception de documents pour informer les intervenants et les familles des principaux projets et services existants (ex. : feuillets ou carte des ressources) - Organisation d'activités dans les milieux de vie des familles (ex. : session de vaccination dans les HLM) - Organisation d'une fête de la famille, d'une activité visant l'accueil des nouveau-nés ou d'activités récréatives permettant d'entrer en contact avec les familles et de leur faire connaître les ressources du quartier ou de la municipalité - Embauche d'un travailleur de milieu pour entrer en contact avec les familles les plus isolées ou marginalisées - Utilisation d'approches et de moyens concrets pour faciliter et soutenir la participation des familles aux projets et au processus de mise en œuvre du plan d'action	- Sous-comité de la Table - Collaboration de l'ensemble des membres de la Table	- DSP (ex. : information sur les outils existants) - Liens avec des personnes-ressources engagées dans des activités de recrutement - Différents organismes du milieu en relation avec les familles visées (ex. : écoles) - Organismes travaillant auprès de populations marginalisées telles que les jeunes de la rue, les personnes toxicomanes et celles qui se prostituent, par exemple)	- Budget pour les documents d'information, le salaire du travailleur de milieu et les activités sociorécréatives - Commandites, dons, etc. - Budget pour faciliter la participation des familles aux projets et au processus de mise en œuvre du plan d'action	- Fête de la famille en mai 2004 (activités socio-récréatives et lancement du plan d'action dans le cadre de la Semaine de la famille) - Production des documents d'information pour l'automne 2004 - Activités continues

3. ACTIVITÉS DE SOUTIEN À L'INTENTION DES PARTENAIRES

ACTIVITÉS	OBJECTIFS PARTICULIERS	MOYENS	ORGANISME COORDONNATEUR ET COLLABORATEURS	COLLABORATEURS DE L'EXTÉRIEUR	RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES	ÉCHÉANCIER
Fonctionnement de la Table d'action intersectorielle	Améliorer le travail de concertation de la Table d'action intersectorielle.	- À partir des outils existants : - évaluation du travail de concertation de la Table ; - discussion sur les forces, les difficultés éprouvées, les défis à relever et les collaborations à établir ou à consolider.	- Comité de soutien ou de coordination de la Table - Membres de la Table	Collaboration possible de la DSP (ex. : outils existants)	Ressource externe pour l'animation, si nécessaire	- Retour sur le fonctionnement de la Table possible tout au long du processus de mise en œuvre du plan d'action - Bilan du fonctionnement de la Table ainsi que des projets et du plan d'action : juin de chaque année
Communications internes	- Tenir les membres informés du fonctionnement et des activités de la Table. - Faire connaître aux partenaires différents moyens de se ressourcer et de mieux connaître l'action intersectorielle, l'intervention en milieu défavorisé ou tout autre sujet pertinent (livres, rapports de recherche, colloques, etc.). - Resserrer les liens entre les membres de la Table et entretenir leur motivation. - Amener les membres de la Table à mieux se connaître.	- Rédaction, trois fois par année, d'un petit bulletin contenant les informations relatives à la Table, aux organisations membres et aux moyens de se ressourcer. - À chaque réunion, présentation personnelle d'un des membres de la Table (ses ressources, ses activités, ses approches, ses difficultés, ses limites, ses besoins, sa réflexion sur les besoins et la réalité des familles visées).	- Bulletin : un sous-comité de la Table mandaté pour cette tâche - Les membres, à tour de rôle	Organismes offrant des activités permettant de se ressourcer (ex. : universités, DSP, organismes communautaires, etc.)	- Quelques membres de la Table - Budget pour les photocopies du bulletin et les frais de diffusion	- Automne, hiver, printemps de chaque année - Continu

3. ACTIVITÉS DE SOUTIEN À L'INTENTION DES PARTENAIRES

ACTIVITÉS	OBJECTIFS PARTICULIERS	MOYENS	ORGANISME COORDONNATEUR ET COLLABORATEURS	COLLABORATEURS DE L'EXTÉRIEUR	RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES	ÉCHÉANCIER
Formation en rapport avec l'action intersectorielle	- Mettre à jour les connaissances comme les habiletés des intervenants et des familles, tant en ce qui concerne les domaines liés aux projets retenus qu'en ce qui a trait aux principes et à la philosophie du programme. - Soutenir la participation des familles à l'ensemble du processus de mise en œuvre du plan d'action. - Renforcer la capacité des intervenants à établir une relation de confiance avec les familles. - Renforcer la capacité des intervenants à offrir différents types de soutien aux familles, aux membres de leur réseau immédiat, aux organismes communautaires et dans les milieux de vie.	- Analyse des besoins concernant le soutien et la formation des intervenants et des familles participant à la mise en œuvre du plan d'action - Discussion sur des sujets d'intérêt général, toutes les deux réunions ordinaires - Deux rencontres spéciales par année sur des thèmes précis - Une journée de formation par année sur une thématique précise Exemples de thèmes : - Intervention en contexte de pauvreté - Recrutement et participation des familles - Comment rejoindre les pères et favoriser l'engagement paternel	- Un sous-comité de la Table mandaté pour cette tâche - À tour de rôle, les membres de la Table proposent un sujet de discussion pendant les rencontres ordinaires (ils se documentent sur le sujet, s'il y a lieu) - Sous-comité de la Table	- Possibilité de consulter des personnes-ressources, au besoin - Collaboration de personnes-ressources	Budget pour les personnes-ressources, la location de la salle, les collations, etc.	Soutien offert dès les premières étapes de la planification et se poursuivant tout au cours de la mise en œuvre du plan d'action - Toutes les deux rencontres ordinaires de la Table - Automne et hiver de chaque année - Hiver de chaque année
Ententes sur la collaboration entre les organismes membres de la Table	- Faciliter l'échange de services et l'entraide sur le plan technique en plus de permettre à chacun des membres d'étendre le cercle de ses relations. - Améliorer la complémentarité et éviter le doublement des actions. - Assurer la continuité entre les projets et les services. - Améliorer les mécanismes d'orientation et d'accompagnement des familles. - Définir des stratégies collectives ou des actions communes.	- Préparation de projets d'entente relatifs à la collaboration entre les organismes et à l'orientation, incluant l'accompagnement des familles - Rencontres pour discuter du contenu des projets d'entente avec les membres de la Table - Rédaction des ententes finales et mise en application	- Tous les membres de la Table - Un sous-comité de la Table mandaté pour préparer les ententes à la suite des discussions	Consultation de personnes-ressources, au besoin	Budget pour la publication des ententes	De septembre 2004 à décembre 2004

3. ACTIVITÉS DE SOUTIEN À L'INTENTION DES PARTENAIRES

ACTIVITÉS	OBJECTIFS PARTICULIERS	MOYENS	ORGANISME COORDONNATEUR ET COLLABORATEURS	COLLABORATEURS DE L'EXTÉRIEUR	RESSOURCES HUMAINES, MATÉRIELLES ET FINANCIÈRES	ÉCHÉANCIER
Évaluation des projets et des activités, et modification du plan d'action au besoin	- Évaluer l'implantation des projets et des activités. - Évaluer les retombées des projets et des activités sur la communauté et sur différents aspects de la santé et du bien-être des familles.	Collaboration des membres de la Table avec une équipe de chercheurs pour l'élaboration d'un devis d'évaluation, la collecte des données et la diffusion des résultats	- Comité de soutien ou de coordination de la Table - Membres de la Table	- Chercheurs de la DSP - Collaboration de chercheurs universitaires	- Possibilité de faire partie d'une recherche subventionnée à l'échelle provinciale - Possibilité d'obtenir une subvention de recherche	- Début des travaux : septembre 2004 (évaluation de l'implantation) - Début des travaux : septembre 2006 (évaluation des retombées)

ANNEXE 2

LA PRÉVENTION DE L'INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE : UN EXEMPLE D'ARTICULATION DES ACTIONS LOCALES, RÉGIONALES ET NATIONALES

En dépit de la richesse matérielle plus que suffisante dont nous disposons collectivement, une partie de notre population connaît encore l'insécurité alimentaire. « Il y a sécurité alimentaire lorsque toute une population a accès en tout temps et en toute dignité à un approvisionnement alimentaire suffisant et nutritif à coût raisonnable, acceptable du point de vue social et culturel, contribuant à mener une vie saine et active⁹. » Pour prévenir l'insécurité alimentaire des ménages, entre autres celle des familles visées par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, il est nécessaire d'agir sur différents déterminants, et ce, à différents niveaux. Il faut que les familles puissent concurremment améliorer leur pouvoir d'achat alimentaire, ce qui leur permet d'acquérir les aliments nécessaires pour répondre à leurs besoins nutritionnels ; enrichir leurs connaissances et développer leurs habiletés entre autres en nutrition, en planification et gestion budgétaire ainsi qu'en gestion des aliments (achat, préparation, conservation) ; avoir accès à des aliments nutritifs à coût raisonnable en tout temps grâce à des sources d'approvisionnement alimentaires stables et non charitables, l'accès physique à ces aliments étant déterminé, entre autres, par leur accès aux moyens de transport, aux services de commande et de livraison ainsi que par leur mobilité¹⁰. Pour réussir à faire tout cela, l'action locale doit s'articuler à une action régionale et à une action nationale, cette dernière agissant idéalement en réseau avec des mouvements qui ont une portée internationale.

⁹. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, *Bâtir ensemble la sécurité alimentaire en Montérégie : Projet-pilote 2001-2004*, Longueuil, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2002, p. 5. Cette définition s'inspire de celles de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec et du Plan d'action du Sommet mondial de l'alimentation.

¹⁰. *Ibid*, p. 23-25.

La prévention de l'insécurité alimentaire : un exemple fictif

Après avoir retenu comme une priorité pour les familles ayant de jeunes enfants, le problème de l'insécurité alimentaire, une table locale d'action intersectorielle décide de réaliser un projet comprenant des groupes de cuisine collective ainsi que des ateliers de nutrition et de cuisine avec dégustation. Un organisme local, qui facilite déjà depuis plusieurs années l'organisation de cuisines collectives sur le territoire et qui, en l'occurrence, dispose des locaux et des équipements nécessaires pour la préparation et la conservation des aliments, coordonne l'activité. Le volet éducatif du projet est assumé conjointement par la nutritionniste du centre de santé et de services sociaux et l'économiste familiale de la commission scolaire, dont un représentant est membre de la Table locale d'action intersectorielle. Les différents organismes membres de cette table orientent les familles visées vers le service. Étant donné que le problème de l'insécurité alimentaire des jeunes familles pauvres est d'abord et avant tout dû à un pouvoir d'achat alimentaire insuffisant, les activités prévues visent à augmenter les connaissances et les habiletés en nutrition et en gestion des aliments, ce qui contribue conséquemment à optimiser le pouvoir d'achat alimentaire de ces familles.

Dans le cadre des activités régionales de soutien des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance menées par la Direction de santé publique de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, on conclut qu'il est nécessaire et possible d'agir au niveau régional pour améliorer l'offre d'aliments nutritifs à coût raisonnable ainsi que l'accès physique aux aliments. C'est également la position des organismes communautaires du secteur. Les demandes de la Direction de santé publique et du Regroupement des cuisines collectives présentées à la commission de développement social du Conseil régional de développement ont pour effet que ladite commission inscrit dans son plan de travail un projet allant dans le sens de ces demandes. Il s'agit ensuite d'asseoir ensemble des représentants du Regroupement des cuisines collectives, de l'Association coopérative d'économie familiale, de l'Union des producteurs agricoles et d'une chaîne d'alimentation pour voir comment améliorer l'offre d'aliments nutritifs à coût raisonnable et l'accès physique des jeunes familles à ces aliments. Chacun s'engagera à fournir des ressources humaines ou financières pour l'implantation des projets touchant son domaine d'expertise dans les différents territoires locaux.

Bien qu'elle soit fort louable et essentielle pour les familles, l'action mise en œuvre aux niveaux local et régional ne permet pas véritablement d'améliorer le déterminant le plus important de la sécurité alimentaire des familles : leur pouvoir d'achat alimentaire. Pour ce faire, les actions locale et régionale doivent s'articuler à une action nationale, échelon où se retrouvent les principaux leviers du pouvoir d'achat alimentaire des familles. Il faudra donc s'associer les partenaires nationaux et soutenir, par l'expertise et l'action intersectorielle, l'adoption et l'application d'une nouvelle politique alimentaire au Québec.

