

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

Résumé du cadre de référence



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

Résumé du cadre de référence



Édition produite par :

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

Pour obtenir un exemplaire 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

Le présent document 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 présent document est le résumé de la publication intitulée *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité: Cadre de référence*, publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2004.

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

ISBN 2-550-42590-1

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

© Gouvernement du Québec

Table des matières

Des services qui ne datent pas d'hier	7
1 Les assises des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	9
Le développement et l'adaptation sociale des enfants	9
L'enfant au cœur de l'environnement	9
Des facteurs qui rendent les enfants plus vulnérables	10
Des services qui tiennent compte de chaque membre de la famille ...	11
À qui s'adresse-t-on?	11
Le but visé	12
Des objectifs pour les familles et les communautés	12
Une stratégie pour l'intervention: renforcer le pouvoir d'agir des personnes et des communautés	13
<i>Empowerment...</i> pouvez-vous traduire?	13
Renforcer le pouvoir d'agir des personnes	14
Et... le pouvoir des communautés	15
2 Les composantes des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	17
L'accompagnement des familles	17
Des visites à domicile faites par une intervenante privilégiée	17
... qui répond aux besoins des familles!	18
Faites place aux pères!	18
Des équipes « inter-disciplinées »!	19
Un outil indispensable: le plan d'intervention	19
La fréquence des activités	20
Le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être	22
Des alliances avec le milieu	22
L'action intersectorielle	22
L'articulation des trois niveaux de l'action intersectorielle	24
Des services qui demandent l'engagement de nombreux partenaires	26
Bibliographie	27

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 Beaugard, Institut national de santé publique du Québec

Jacinthe Dumont, 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

Des services qui ne datent pas d'hier

On compte encore, au Québec, un trop grand nombre de familles étant 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 se trouvant dans une situation qui les rend 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. De plus, 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, les trois programmes ont été inclus dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité.

Le présent document décrit brièvement les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Il s'adresse principalement aux professionnels et aux gestionnaires des instances locales 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. Les informations consignées dans ce document seront également profitables aux nombreuses ressources, qu'elles soient du domaine de la santé, de l'éducation ou de la justice, entre autres, qui travaillent directement ou indirectement auprès des familles. Tous peuvent également consulter le cadre de référence dont ce document est le résumé pour obtenir plus d'information.

1 Les assises des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Le développement et l'adaptation sociale des enfants

L'enfant au cœur de l'environnement

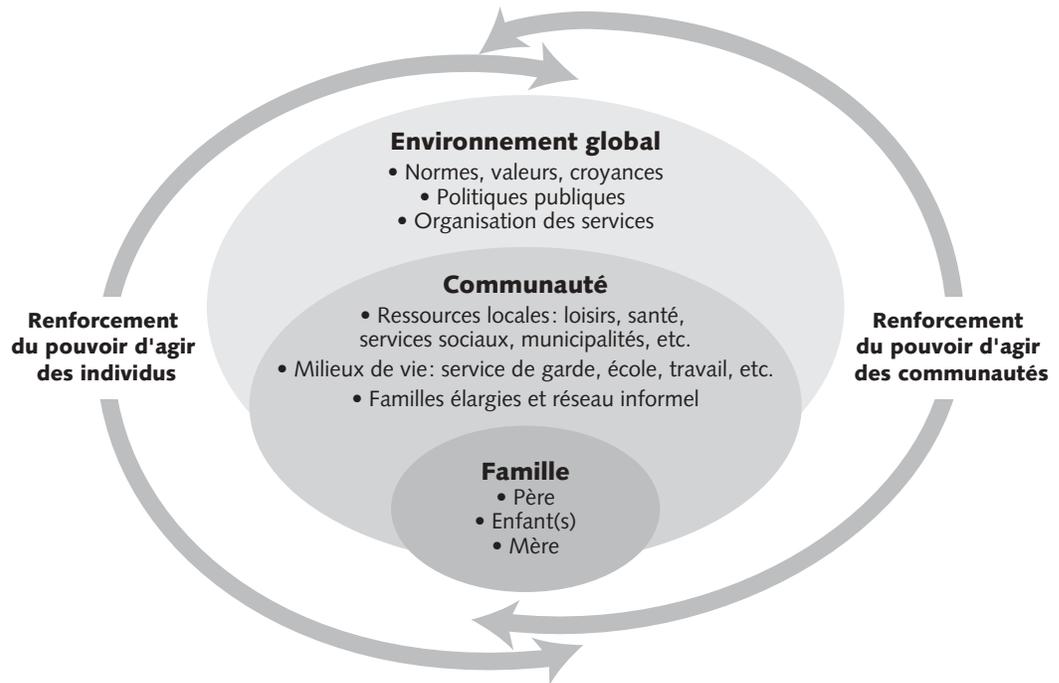
Plusieurs facteurs exercent une influence déterminante sur le développement et l'adaptation sociale des enfants. Certains d'entre eux s'inscrivent dans le système familial : l'histoire psychosociale et de santé des parents, le jeune âge de la mère à la naissance de l'enfant, la qualité de l'environnement familial, l'engagement parental, les habitudes de vie des parents et les attitudes de ces parents par rapport à l'éducation de leurs enfants. Bien qu'une grande importance soit généralement accordée à ces facteurs, il est également 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 et le type d'environnement font que la famille dispose de plus ou moins de moyens favorisant son développement et celui des enfants qui la composent.

D'autres déterminants se situent dans les interactions impliquant les différents milieux de vie de l'enfant. 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 des enfants.

Un modèle théorique permet de situer tous les facteurs ayant une influence en la matière et, par le fait même, les aspects sur lesquels l'intervention sera possible : le modèle écologique. Ce modèle montre que l'organisation sociale dans laquelle le système familial s'inscrit influence le développement de chacun de ses membres (Bronfenbrenner, 1986 et 1979).

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance s'inspirent de la perspective écologique. Comme l'indique la figure qui suit, le modèle à la base de ces services permet de situer les principaux déterminants du développement et de l'adaptation sociale des familles en même temps qu'il en fait ressortir les interactions. Il met en évidence le fait que le développement de l'enfant dépend, au-delà des compétences parentales, d'un ensemble de facteurs qui sont interreliés de façon assez complexe. Le modèle montre enfin que l'intervention est possible sur les familles, sur les communautés et sur l'environnement plus global.

Le modèle des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance



Des facteurs qui rendent les enfants plus vulnérables

De nombreuses études ont démontré les effets néfastes des inégalités sociales et économiques sur la santé mais aussi sur le bien-être des populations. Ainsi, la pauvreté ainsi que le jeune âge des parents sont parmi les déterminants majeurs du développement et de l'adaptation sociale des enfants.

Pour ce qui est de la pauvreté, il a été clairement démontré qu'elle a des conséquences négatives sur le développement et l'adaptation sociale des enfants. Non seulement les familles qu'elle affecte doivent subir de nombreuses privations d'ordre matériel et social, mais encore elles sont exposées à des stress chroniques causés par les jugements négatifs et l'exclusion des principaux circuits de la participation sociale, entre autres. L'analyse des données sur l'état de santé et de bien-être des enfants montre aussi d'importantes inégalités entre les enfants de milieux favorisés et ceux de milieux défavorisés: les derniers sont moins souvent allaités et, quand ils le sont, c'est pendant moins longtemps que les premiers; ils ont une moins bonne couverture vaccinale, leur alimentation est plus souvent inadéquate et ils ont des suivis médicaux moins adaptés à leurs besoins; enfin, 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 (Baron, 1999).

Quant au jeune âge des parents, il est l'un des facteurs qui fait augmenter le risque pour l'enfant d'éprouver des problèmes de comportement et des retards de développement. De plus, les jeunes parents ont davantage de difficultés scolaires, ce qui rend leur intégration sur le marché du travail plus difficile. 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). En fait, les deux tiers des mères de moins de 20 ans auraient recours à l'aide sociale (Institut de la statistique du Québec, 2001). Heureusement, certains facteurs peuvent faire en sorte que les jeunes mères assument adéquatement leurs responsabilités familiales; au nombre de ces facteurs figurent le fait d'avoir des modèles de réussite, le soutien de leurs propres parents, l'accès à des programmes scolaires adaptés à leurs besoins, le recours à des réseaux sociaux d'aide informels et la préservation de leurs aspirations sur le plan professionnel (Bouchard, 1989).

Concrètement...

La plupart (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 pendant l'enfance ou l'adolescence (Institut de la statistique du Québec, 2001).

Des services qui tiennent compte de chaque membre de la famille

À qui s'adresse-t-on ?

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance se divisent en deux volets : le soutien aux jeunes parents et le soutien aux familles vivant dans l'extrême pauvreté. De façon plus spécifique, 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.

Concrètement...

L'extrême pauvreté est définie à partir de deux indicateurs : la sous-scolarisation des mères et le revenu familial en deçà du seuil de faible revenu.

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.

Le but visé

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 personnes et des communautés.

Des objectifs pour les familles et les communautés

- 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 parent-enfant ;
 - 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 et les milieux de vie.

Une stratégie pour l'intervention : renforcer le pouvoir d'agir des personnes et des communautés

Empowerment... pouvez-vous traduire ?

La stratégie d'action qui est au cœur des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance consiste 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.

Approfondissons

La notion d'*empowerment* « fait référence à la possibilité pour les personnes de mieux "contrôler leur vie" ou de "devenir les agents de leur propre destinée" » (Le Bossé et Dufort, 2001, p. 85).

Le renforcement du pouvoir d'agir, ou *empowerment*, permet d'élargir le champ des actions possibles, tant sur le plan personnel – par le développement des connaissances, par exemple – que sur celui de l'environnement – par un meilleur accès aux ressources, entre autres –, afin d'atteindre des objectifs précis. Ce processus d'*empowerment* implique la reconnaissance du potentiel des personnes et des familles d'agir sur leur environnement. De plus, comme les déterminants de la santé et du bien-être relèvent à la fois des personnes et des systèmes sociaux, il faut favoriser non seulement le renforcement du pouvoir d'agir des personnes, mais également celui de la communauté. La responsabilité du changement est ainsi partagée par les familles, les communautés, les intervenants, les organismes et les institutions.

Afin de permettre aux individus et aux communautés de renforcer leur pouvoir d'agir, les intervenants doivent :

- favoriser 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 la réponse à ces besoins ;
- favoriser la participation de ces individus et de ces communautés au choix et à la mise en œuvre de moyens concrets leur permettant de réaliser leurs projets.

Les familles ont besoin que les intervenants reconnaissent qu'elles ont des compétences leur permettant de surmonter leurs difficultés. Il suffit bien souvent

qu'on leur donne seulement les moyens d'y parvenir. Il ne faut pas oublier que les parents sont en réalité les personnes connaissant le mieux leur situation.

Le renforcement du pouvoir d'agir des familles et des communautés va de pair avec le renforcement de celui des intervenants. Cela demande à chacun d'entre eux « une grande capacité à remettre en question son bagage de valeurs sociales et d'attitudes, tant personnelles que professionnelles [...] » (Martin, Boyer et coll., 1995, p. 13).

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes

Il n'existe pas de recette en quelques étapes pour atteindre le niveau d'*empowerment* parfait. Chaque personne a une trajectoire de vie qui lui est unique (Ouellet et autres, 2000). L'intervenant doit s'ajuster au vécu de la personne et tenir compte des capacités, des objectifs ainsi que des projets de cette personne tout en l'incitant à développer son pouvoir d'agir.

La façon privilégiée de renforcer le pouvoir d'agir des parents est justement d'inclure la naissance et le développement de l'enfant dans un projet de vie porteur de réussite. Les parents ont des rêves, des projets qui les motivent à avancer; l'intervenant doit les aider à définir et à mettre en œuvre ces projets, au besoin par petites étapes, de manière à ce que ces parents connaissent des succès. Les projets peuvent être de nature personnelle, parentale ou professionnelle mais, ce qui importe le plus, c'est le cheminement des personnes vers l'accomplissement de leurs projets.

Si les parents ont la chance de voir leurs efforts se concrétiser par la réalisation de projets qui donnent un sens à leur existence, ils seront plus enclins à rester engagés dans le processus de changement qu'ils ont entamé.

Conseils pratico-pratiques

L'intervenant doit décrire la situation de façon concrète et positive, de manière à donner à chaque membre de la famille une emprise sur ce qu'il vit. Sa formulation laisse entrevoir à chacun qu'il a le pouvoir de modifier la situation (Hétu, 2000).

Dans une démarche de renforcement du pouvoir d'agir, l'intervenant doit prêter une attention particulière aux objectifs que la personne se fixe et en tenir compte au moment de rédiger le plan d'intervention.

Tout au long de l'intervention, l'intervenant doit souligner les petits succès en plus d'amener la personne à constater qu'elle a développé ses habiletés et ses compétences.

L'intervenant doit amener les membres de la famille à reconnaître les choix qui s'offrent à eux en faisant ressortir les éléments sur lesquels chacun a un certain contrôle (Miley, O'Melia et DuBois, 1995).

Le processus permettant à une personne de renforcer son pouvoir d'agir peut se manifester de façon très variée. Entre autres, les parents peuvent apprendre à aller chercher l'aide dont ils ont besoin, s'impliquer dans un organisme communautaire ou encore améliorer leur sentiment de compétence parentale.

Finalement, ce n'est pas tant l'atteinte des objectifs à long terme que le cheminement du parent qui a de l'importance.

Et... le pouvoir des communautés

Le renforcement du pouvoir d'agir de la communauté est un élément majeur, car il permet de soutenir les familles qui ont entamé un processus de changement. Autrement dit, les changements personnels doivent être soutenus par des changements dans les milieux de vie des personnes. Comme nous l'avons vu précédemment, la responsabilité du changement n'appartient pas qu'aux familles; il est primordial d'adopter collectivement une vision de responsabilité. Les groupes communautaires, les organisations locales ainsi que les leaders locaux sont une source importante d'aide et de soutien. Le regroupement des forces vives de la communauté permet de fixer des objectifs communs, de susciter l'émergence de projets communautaires et de soutenir la mise en œuvre de ces projets. Certains changements organisationnels ou structurels apportés dans la communauté pourront ensuite faciliter le processus de changement entamé dans les familles.

Concrètement...

La mobilisation de la communauté peut mener, par exemple, à la modification des horaires de certains services, à l'organisation d'un système de transport adapté aux besoins des parents, à la création d'un système d'aide au budget ou à la mise en place de cuisines collectives.

2 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 familles vivant en contexte de vulnérabilité 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.

L'accompagnement des familles

Des visites à domicile faites par une intervenante privilégiée

L'accompagnement des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables s'effectue d'abord à partir du suivi individualisé, lequel prend la forme de rencontres à domicile. Toutefois, ces rencontres peuvent avoir lieu dans un autre endroit, si c'est le choix d'une famille. Menées par l'intervenante privilégiée, elles permettent de poursuivre des objectifs de santé et de bien-être, tant pour l'enfant que pour les parents. L'intervenante s'attarde à plusieurs éléments relatifs au développement de l'enfant, aux habiletés parentales et aux conditions de vie de la famille, par l'intermédiaire du suivi de santé, du suivi nutritionnel, du suivi psychosocial, du soutien au développement de l'enfant ou du soutien d'ordre économique et matériel, par exemple.

Conseils pratico-pratiques

L'intervenante privilégiée doit arriver à vaincre la méfiance des parents pour que s'installe une relation de confiance réciproque. De par ses propos et son attitude de non-jugement, cette intervenante doit reconnaître que le mode de fonctionnement actuel de la famille constitue la meilleure solution que celle-ci a pu trouver dans son contexte, avec les moyens dont elle disposait (Ausloos, 1994).

L'intervenante privilégiée est responsable du soutien à long terme de la famille, à partir de la grossesse de la mère jusqu'à l'entrée de l'enfant à l'école. La réalité nous montre qu'il est difficile de pouvoir compter sur la même intervenante durant cinq ans, mais il faut tout faire pour assurer la continuité des services et consolider le lien de confiance. Au cours du suivi individualisé, d'autres professionnels pourront apporter du soutien à la famille et à l'intervenante privilégiée, selon les besoins, mais le lien avec une intervenante privilégiée doit être conservé.

L'intervenante privilégiée est toujours nommée par les membres de l'équipe interdisciplinaire de l'instance locale, d'après les besoins les plus aigus éprouvés par la famille. Ainsi, le rôle peut être confié à une infirmière, à une travailleuse sociale, à une psychologue, à une nutritionniste ou à une psychoéducatrice, par exemple. Il peut arriver à l'occasion qu'un intervenant communautaire s'avère être le mieux placé pour entrer en communication avec une famille relativement isolée. Cet intervenant peut alors recevoir l'appui d'une instance locale pour offrir un soutien précis et amener graduellement cette famille à bénéficier des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance offerts par l'établissement.

Conseils pratico-pratiques

L'intervenante privilégiée doit posséder plusieurs qualités professionnelles :

- l'empathie, ou la capacité de saisir ce que l'autre éprouve et ressent ;
- la faculté de reconnaître les forces et les capacités des personnes ;
- la souplesse dans le suivi, qui permet de tenir compte des besoins spontanés des personnes ;
- la patience ;
- l'authenticité ;
- la flexibilité ;
- le respect.

... qui répond aux besoins des familles !

Il est primordial de répondre aux besoins immédiats des familles tout au long du suivi individualisé. Le fait de se centrer sur les besoins primaires d'abord et sur ce qui préoccupe les familles permet à l'intervenante privilégiée d'établir rapidement un lien de confiance. Elle est amenée à s'intéresser également aux valeurs et aux croyances des familles ainsi qu'aux perceptions que les pères et les mères ont du rôle de parent comme de l'éducation des enfants.

L'intervenante privilégiée suit de très près la vie quotidienne de la famille et elle adapte le contenu des rencontres aux problèmes qui se posent et aux besoins exprimés. Son intervention permet au processus de changement de s'amorcer tout en favorisant la mise en œuvre du projet de vie de la mère et du père. Le projet de donner naissance à un enfant et de favoriser son développement est soutenu et encouragé par des actions, tant individuelles que collectives. Ce projet est intégré au projet de vie plus général des parents, dans la perspective qu'ils renforcent leur pouvoir d'agir. À mesure qu'ils connaissent des petits succès, leur estime de soi ne peut qu'augmenter. Les parents prennent ainsi du pouvoir sur leur vie.

Par ailleurs, l'intervenante privilégiée peut profiter des rencontres pour informer la famille des activités qui sont organisées dans la communauté. Elle a aussi la responsabilité de faire connaître à l'équipe interdisciplinaire les besoins des familles auprès desquelles elle intervient et de discuter des services à leur offrir.

Faites place aux pères !

De nombreuses actions visent davantage la santé et le bien-être de la mère ou de l'enfant. Toutefois, l'intervenante privilégiée doit demeurer attentive à la place du père au sein de la famille et encourager celui-ci à y prendre une part active. Elle doit aussi veiller à établir une relation tout aussi significative avec le père qu'avec la mère. Il est également important qu'elle s'intéresse à la façon dont les parents coopèrent pour s'occuper de l'enfant et qu'elle encourage chacun à lui prodiguer les soins. De nombreux moyens s'offrent à l'intervenante pour favoriser l'engagement du père ; par exemple, elle peut s'adresser directement à celui-ci, l'encourager à être présent à l'accouchement, l'amener à s'occuper de l'aménagement de la maison en vue d'accueillir l'enfant, mettre l'accent sur l'établissement du lien père-enfant ou encourager le père à faire des activités avec l'enfant. Somme toute, il revient à l'intervenante d'insister sur

la nécessaire participation des pères aux tâches découlant de la présence du bébé, de souligner les actions qu'ils font pour la famille et de consolider leur rôle au sein de la famille.

Des équipes « inter-disciplinées » !

Si l'on veut soutenir efficacement les familles étant dans une situation qui les rend vulnérables, il nous faut comprendre leurs besoins et leurs problèmes dans toute leur complexité. Être membres d'une équipe interdisciplinaire permet à des professionnels de différentes disciplines de se réunir pour analyser des cas à la lumière de leurs propres expériences, tant sur le plan personnel que sur le plan du travail. Cette équipe peut être composée de médecins, de sages-femmes, de nutritionnistes, d'infirmières ou d'infirmiers et de personnes formées en éducation, en psychoéducation, en travail social, en psychologie, en orthophonie, en organisation communautaire ou de tout autre professionnel ayant une expertise pertinente. Les échanges portant sur les concepts théoriques et les pratiques permettent de définir et de réviser, au besoin, les plans d'intervention. Les discussions de cas sont également l'occasion pour les membres de l'équipe d'échanger sur les réussites et les difficultés rencontrées et de s'entraider. Enfin, l'équipe interdisciplinaire joue un rôle de soutien clinique, sans toutefois se substituer à la supervision clinique proprement dite.

Les conditions favorables au travail interdisciplinaire sont les suivantes :

- la gestion participative ;
- des buts communs et des objectifs clairs ;
- un mode de fonctionnement souple et efficace ;
- un climat d'ouverture et de confiance ;
- le respect des compétences des autres ;
- le plaisir de travailler ensemble ;
- l'engagement et l'interdépendance des membres de l'équipe.

Un outil indispensable: le plan d'intervention

Le plan d'intervention est un outil précieux, tant pour les intervenants que pour l'établissement qui fournit les services de santé et les services sociaux. Ce plan, préparé avec la famille, est rédigé de façon à présenter clairement :

- les principaux besoins de la famille ;
- les objectifs à atteindre ;
- les moyens choisis pour atteindre les objectifs fixés ;
- les résultats attendus ;
- l'échéancier.

Les besoins de la mère et des autres membres de la famille sont établis à partir d'une grille de collecte des données, laquelle permet également de tracer un portrait de la famille et de son milieu de vie. Cette grille doit faire ressortir, en plus des besoins, les attentes de chacun et les problèmes qu'il peut être urgent de régler. Quant aux moyens à utiliser pour atteindre les objectifs, ils sont choisis de concert avec les membres de la famille et ils doivent être passés en revue périodiquement de façon à ce que la réponse soit adaptée aux besoins exprimés, qui peuvent changer. Le plan d'intervention sera souple et simple. Comme le suivi s'étend sur une assez longue période, ce plan sera mis à jour

régulièrement afin de bien rendre compte de l'évolution de la famille. Parfois, le plan d'intervention fait partie d'un plan de services individualisés, beaucoup plus large que le premier, lorsque la famille reçoit des services d'autres établissements ou organismes. L'intervenante privilégiée peut alors coordonner cet autre plan et s'assurer ainsi de la continuité et de la complémentarité des diverses actions.

Conseils pratico-pratiques

L'intervenante privilégiée doit s'entendre avec la famille pour fixer les objectifs à atteindre. Ceux-ci doivent normalement respecter les critères suivants :

- être importants pour les membres de la famille ;
- être simples et réalisables ;
- être vus comme un ajout plutôt que comme une lacune à combler ;
- correspondre à l'adoption d'un nouveau comportement et non au rejet d'un comportement indésirable ;
- demander un certain travail aux membres de la famille.

La fréquence des activités

D'entrée de jeu, il faut insister sur l'importance de l'intervention en ce qui concerne sa précocité, son intensité et sa continuité. Plus les services auront ces caractéristiques, plus ils favoriseront l'atteinte des objectifs visés.

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

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 continuer à soutenir les parents dans la réalisation de leur projet de vie. Toutefois, si les parents et l'enfant ne participent pas à d'autres types d'activités 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 cadre de référence sur les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.

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 les activités de groupe. Ainsi, l'enfant dont l'environnement familial n'est pas suffisamment stimulant participera, en milieu de garde ou dans d'autres milieux, avec ou sans ses parents, à des activités éducatives qui visent son développement global. 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. 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.

Bien entendu, 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.

Les parents peuvent eux aussi participer à 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. Le lieu des rencontres peut varier selon les besoins ou l'organisation locale des services. Les activités organisées ou animées en collaboration avec les instances locales, 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.

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.

Le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être

Des alliances avec le milieu

Comme les familles n'ont pas à assumer seules la responsabilité des situations auxquelles elles sont confrontées, les services ne sauraient être complets sans comprendre une dimension plus collective. Le modèle écologique ainsi que l'approche relative au renforcement du pouvoir d'agir nous poussent à mettre en œuvre des activités et des projets qui favorisent la création d'environnements favorables au développement optimal des enfants et à la réalisation du projet de vie des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables. Des projets concrets peuvent être proposés au niveau local, régional ou national en vue d'améliorer tant les conditions de vie que l'environnement physique de ces familles ainsi que l'accès aux soins et aux services.

L'action intersectorielle

La participation des familles, des membres de la communauté et de tous les acteurs de la société est essentielle pour faire face à des questions aussi complexes que la vulnérabilité ou la pauvreté économique et sociale des familles. L'action intersectorielle permet de réaliser des projets novateurs ayant des effets positifs sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être d'une population. Les leviers pour agir sur ces déterminants se trouvent dans différents secteurs d'activité – les municipalités, les services de garde ou le milieu scolaire, par exemple – et, parfois, ils appartiennent à plusieurs secteurs en même temps. L'action intersectorielle est mise en œuvre à trois niveaux : niveaux local, régional et national. Se distinguant de la concertation, du partenariat ou encore de la liaison interorganisationnelle, l'action intersectorielle surpasse la création de liens entre organisations et permet d'agir collectivement pour prévenir des problèmes complexes (White et autres, 2002). Elle nécessite forcément du temps et de l'approvisionnement.

Au niveau local

L'action intersectorielle locale cherche à faire naître de la communauté des projets qui visent à améliorer les conditions de vie des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables. Non seulement faut-il saisir certaines occasions, mais il faut également en provoquer d'autres en plus de soutenir les acteurs locaux dans cette volonté d'aider les plus démunis. Les projets locaux doivent réellement venir de la communauté et se réaliser dans l'autonomie.

Concrètement...

A priori, l'action intersectorielle suppose le partage des ressources et la mise en commun des compétences.

Les principales étapes de l'action intersectorielle sont :

- 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 du plan d'action.

L'instance locale, par l'entremise de la personne responsable de l'organisation communautaire, joue un rôle de mobilisation, de soutien et d'animation en ce qui concerne l'action intersectorielle locale. Différents mécanismes de concertation peuvent être mis en place par cette personne et d'autres intervenants de l'instance locale. La mobilisation des acteurs du milieu, le soutien à accorder aux projets, la contribution aux tables de concertation ainsi que la participation aux rencontres et aux activités du milieu sont tous des mandats qui relèvent de l'instance locale. En assurant la liaison entre l'équipe interdisciplinaire, les organismes communautaires et le milieu, la personne responsable de l'organisation communautaire occupe une place de choix pour déceler les problèmes qui touchent un certain nombre de personnes ou toute la communauté et qui peuvent demander des solutions collectives.

La participation des familles aux tables de concertation et au développement de l'action locale est essentielle. Les familles sont les mieux placées pour parler de ce qu'elles vivent, de leurs besoins, de leurs désirs et elles sont donc une source importante de créativité pour réaliser des projets collectifs. De plus, la participation aux regroupements intersectoriels permet aux familles de renforcer leur pouvoir d'agir.

Conseils pratico-pratiques

Pour favoriser l'engagement de tous :

- il est primordial d'accueillir chaleureusement les membres de la communauté qui participent aux projets et aux activités ;
- il est important d'établir et d'entretenir des relations de nature égalitaire avec toutes les personnes qui prennent part à un projet ;
- les intervenants doivent inciter les familles à s'engager dans des projets dès le début de l'intervention ;
- les intervenants doivent tenir compte du rythme des familles en plus de respecter le degré et la nature de l'engagement de celles-ci ;
- il est important de proposer des activités diversifiées pour susciter l'engagement du plus grand nombre d'acteurs possible ;
- la politique des petits pas demeure souvent la meilleure stratégie à utiliser ;
- il faut prévoir des modalités concrètes relatives au soutien – comme des services de garde, un moyen de transport, les repas, l'accompagnement et la formation – pour encourager les familles à participer aux activités.

Au niveau régional

Les acteurs engagés au niveau local ne peuvent à eux seuls intervenir sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être. Ainsi, leurs actions doivent être appuyées et renforcées par les acteurs engagés au niveau régional. Les professionnels des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux associés aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance ont nécessairement un rôle à jouer pour favoriser l'action intersectorielle. Les forums, les colloques et les échanges réunissant les partenaires des différents secteurs concernés par les familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables constituent des moyens pour favoriser le transfert des connaissances et la naissance de nouveaux projets. À partir des questions soulevées par les regroupements locaux, les répondants régionaux

doivent soutenir les travaux structurants qui portent sur des politiques et des orientations nationales. En fait, les acteurs du niveau régional ont le pouvoir de créer un pont entre le niveau local et le niveau national. Par ailleurs, le soutien à la création de réseaux d'experts est une composante importante de l'action régionale, car elle permet d'aller chercher l'appui de certains leaders quand il s'agit de mettre en œuvre des projets novateurs.

Concrètement...

Les répondants régionaux peuvent, par exemple, mettre leur expertise au service des municipalités et des autres organisations régionales ou locales pour soutenir le développement de la communauté. Par ailleurs, ils contribuent à la planification et à l'organisation d'une gamme de services accessibles et continus pour répondre aux besoins des familles vivant en contexte de vulnérabilité.

Au niveau national

Les autorités nationales ont seules le pouvoir d'agir sur les normes, les valeurs et les politiques nationales vues comme des déterminants macrosociaux de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Elles doivent travailler à ouvrir les frontières entre les différents secteurs, par exemple en établissant des ententes-cadres qui confirment la vision intersectorielle des problèmes complexes. Le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les différents regroupements nationaux d'établissements et d'organismes communautaires peuvent soutenir la formation de réseaux d'intérêts ou d'action en faveur des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables. De tels réseaux permettent de circonscrire ces problèmes complexes, de préciser les défis qu'ils posent et d'influencer les décisions; de plus, ils facilitent la mise en œuvre de projets communs. Quant au ministère de la Santé et des Services sociaux, il doit inciter le gouvernement à adopter des politiques publiques favorables à la santé. Il doit également inciter les autres ministères, notamment le ministère de l'Éducation, celui de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, ainsi que celui de la Justice, à lever les obstacles à l'intégration sociale des parents vivant en contexte de vulnérabilité pour favoriser, par le fait même, le développement et l'adaptation sociale de leurs enfants.

L'articulation des trois niveaux de l'action intersectorielle

L'action intersectorielle est envisagée simultanément à trois niveaux: local, régional et national. La synergie créée doit permettre à l'information d'être transmise du haut vers le bas et du bas vers le haut. Les acteurs de chaque niveau doivent agir concurremment pour la santé et le bien-être des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables et favoriser la participation sociale de celles-ci. Les familles, les leaders du milieu, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires, les centres de la petite enfance, les municipalités et les centres locaux d'emploi ne sont que quelques exemples d'acteurs dont l'engagement est nécessaire pour une action intersectorielle effective. Sans l'articulation des trois niveaux, l'action intersectorielle ne saurait être efficace. Par ailleurs, il serait intéressant de trouver des mécanismes pour que les familles et les intervenants d'une même

région puissent se parler de leurs bons coups, de leurs difficultés et des questions qui nécessitent des actions aux échelons supérieurs. Pour obtenir des résultats durables, les autorités supérieures doivent tracer la voie, lever les barrières entre les différents secteurs et soutenir la mise en œuvre de projets intersectoriels en assurant, notamment, leur pérennité.

Des services qui demandent l'engagement de nombreux partenaires

Le présent document décrit dans les grandes lignes les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Il fait partie d'une série comprenant un cadre de référence, plus détaillé, des guides d'intervention – en matière d'habitudes de vie, d'attachement parent-enfant et de développement de l'enfant – ainsi qu'une grille d'identification des besoins. De plus, un programme de formation continue est offert aux intervenants et aux partenaires. Bien que les services intégrés soient relativement bien structurés, le fait de suivre méthodiquement le cadre d'intervention proposé ne saurait garantir des résultats positifs au sein de ces familles sans la participation active des partenaires. Plusieurs professionnels devront s'approprier le contenu des services intégrés en vue de les personnaliser et, bien évidemment, de les implanter. Il va de soi que les intervenants sauront utiliser leur jugement tout au long de l'intervention, que ce soit par rapport à la sélection des personnes admissibles, à l'intensité du suivi, aux initiatives à prendre ou aux approches à privilégier dans la pratique.

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* ainsi que du *Programme national de santé publique 2003-2012*. De ce fait, le ministère de la Santé et des Services sociaux soutiendra l'implantation de ces services dans l'ensemble des régions du Québec. Enfin, la mise en place des activités proposées dans les guides d'intervention nécessitera l'engagement de tous les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux concernés ainsi que celui des partenaires des autres secteurs interpellés par les besoins des familles se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables.

Bibliographie

- AUSLOOS, Guy (1994). « La compétence des familles, l'art du thérapeute », *Service social*, vol. 43, n° 3, 1994, p. 7.
- BARON, Geneviève (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.
- BOUCHARD, Camil (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.
- BRONFENBRENNER, Urie (1986). « Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives », *Developmental Psychology*, vol. 22, n° 6, novembre 1986, p. 723-742.
- BRONFENBRENNER, Urie (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Cambridge (Massachusetts), Harvard University Press, 330 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.
- HAMEL, Marthe, Daniel BOLDUC et Nicole 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.
- HÉTU, Jean-Luc (2000). *La relation d'aide: Éléments de base et guide de perfectionnement*, 3^e édition, Boucherville, Gaëtan Morin éditeur, 189 p.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2001). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEC, 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).
- LE BOSSÉ, Yann, et Francine 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.
- MARTIN, Catherine, Ginette 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.
- MILEY, Karla Krogsrud, Michael O'MELIA et Branda DUBOIS (1995). *Generalist Social Work Practice: An Empowering Approach*, Boston, Allyn and Bacon, 509 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.

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

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

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

OUELLET, Francine, et autres (2000). *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.

WHITE Deena, et autres (2002). *Pour sortir des sentiers battus: L'action intersectorielle en santé mentale*, Sainte-Foy (Québec) Les Publications du Québec, 313 p.

Pour une bibliographie plus exhaustive, se rapporter au cadre de référence sur les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance :

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

