

# Dessine-moi



Les CLSC et la prévention auprès des enfants  
de 0 à 12 ans et de leur famille

# Dessine-moi un avenir

Institut national de santé publique du Québec  
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200  
Montréal (Québec) H2J 3G8  
Tél.: (514) 597-0606

Les CLSC et la prévention auprès des enfants  
de 0 à 12 ans et de leur famille

**Comité de soutien clinique aux CLSC pour le développement de programmes  
préventifs auprès des jeunes âgés entre 0 et 12 ans et de leur famille**

**Denise Charest**, organisatrice communautaire, CLSC Jean-Olivier-Chénier et CLSC d'Argenteuil (sept. 1996)

**Céline Dumas**, éducatrice spécialisée, CLSC de la Haute-Yamaska

**Daniel Guérin**, chercheur en analyse de politiques

**Louise Larocque**, chef d'administration de programme, CLSC Sainte-Foy-Sillery

**Édith Melançon**, psychologue, CLSC Saint-Léonard

**Danielle Mercier**, chef d'administration de programme, CLSC Sainte-Rose de Laval

**Roger Painchaud**, consultant en services de santé et en services sociaux

**Nina Pelletier**, coordonnatrice de secteur, CLSC du Val Saint-François, point de services Windsor

**Lucille Rocheleau**, conseillère-cadre, Fédération des CLSC du Québec

**Recherche et rédaction**

**Roger Painchaud**, consultant en organisation de services de santé et de services sociaux

**Daniel Guérin**, Ph.D.

et

**Lucille Rocheleau**, conseillère-cadre  
Fédération des CLSC du Québec

• • •

**Nous tenons à remercier la Direction de la santé publique du ministère de la Santé  
et des Services sociaux pour la subvention accordée à ce projet.**

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec  
1<sup>er</sup> trimestre 1998  
ISBN 2-921524-58-9

Dans cet ouvrage, les termes « enfant » et « jeune » désignent tout aussi bien les filles que les garçons.  
Le générique masculin est utilisé sans discrimination, dans le seul but d'alléger le texte.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Mandat du comité</b> .....	1	
<b>Introduction</b>		
Priorité aux enfants et à leur famille .....	3	
Obstacles à surmonter .....	4	
Contenu du rapport .....	7	
<b>1. La prévention</b>		
De quoi parlons-nous? .....	9	
1.1 Et la promotion? .....	13	
1.2 Une conception écologique de la prévention .....	14	
<b>2. Orientations</b> .....		16
- Orientation 1 .....	17	
- Orientation 2 .....	18	
- Orientation 3 .....	19	
- Orientation 4 .....	19	
- Orientation 5 .....	20	
<b>3. Une gamme de services préventifs à consolider et à développer pour les enfants et leur famille</b> .....		22
<b>Les enfants âgés entre 0 et 5 ans et leur famille</b> .....		26
<b>3.1 Programmes en périnatalité</b> .....		26
3.11 Rencontres prénatales .....	29	
3.12 Visites postnatales .....	36	
3.13 Adaptation interculturelle des services .....	39	
3.14 Programme intégré en périnatalité .....	42	
<b>3.2 Services à caractère éducatif et de soutien aux parents</b> .....		48
3.21 Formation aux habiletés parentales .....	48	
3.22 Valorisation du rôle du père .....	58	
3.23 Évaluation des déficiences dans l'exercice des responsabilités parentales ..	64	

<b>3.3 L'intégration de l'enfant à un milieu stimulant</b> .....	67
3.31 Programmes de stimulation et prévention des retards de développement .....	67
3.32 Les services de garde comme ressource de soutien .....	78
3.33 Programmes de dépistage (examens préscolaire de routine, troubles visuels et auditifs, problèmes de langage) .....	88
<b>3.4 Le développement et la consolidation des ressources d'aide naturelle</b> .....	95
3.41 Centres parents-enfants .....	98
3.42 Organisme d'entraide parentale .....	98
3.43 Soutien parental communautaire .....	100
<b>Les enfants âgés entre 5 et 12 ans et leur famille</b> .....	106
<b>3.5 Généralités</b> .....	106
3.51 Une période de transition .....	106
3.52 Problématiques .....	109
3.53 Partenariat école, famille, communauté .....	112
<b>3.6 Programmes de prévention s'adressant aux enfants</b> .....	116
3.61 Outiller les enfants au chapitre des compétences personnelles et sociales .....	116
3.62 Programmes s'adressant aux enfants de parents séparés .....	129
3.63 Promotion de saines habitudes de vie .....	135
<b>3.7 Programmes de prévention s'adressant aux parents</b> .....	143
<b>3.8 Programmes de prévention visant l'amélioration de l'environnement</b> .....	148
3.81 Le milieu scolaire .....	148
3.82 Développement de lieux sains et sécuritaires en dehors du milieu scolaire .....	154
<b>Conclusion</b> .....	157
<b>Bibliographie</b> .....	160
<b>Les programmes de prévention existants dans le réseau des CLSC</b> .....	(Annexe 1)
<b>La régionalisation et l'implantation du plan d'action jeunesse</b> .....	(Annexe 2)

## Mandat du comité

... → **A**u printemps 1996, la Fédération des CLSC du Québec créait, avec le soutien du ministère de la Santé et des Services sociaux, le *Comité de soutien clinique pour l'implantation de programmes préventifs auprès des jeunes âgés entre 0 et 12 ans et de leur famille*. Dans le contexte de la mise en place du plan d'action jeunesse, il devenait primordial de soutenir les CLSC afin de leur permettre de faire les ajustements nécessaires à la réorganisation du réseau de services en fonction des besoins des jeunes.

En effet, les CLSC sont particulièrement interpellés par le virage préventif sous-jacent à cette réorganisation. Tous les CLSC ont développé des programmes préventifs visant les jeunes et leurs parents. Plusieurs ont investi temps et argent pour améliorer leur programmation, développer des outils cliniques et assurer une formation auprès de leurs intervenants. Certains projets ont d'ailleurs fait l'objet d'une évaluation. Mais la majorité des CLSC n'ont pas les ressources suffisantes (humaines ou financières) pour développer de façon systématique les outils cliniques nécessaires à la mise en place ou à l'adaptation des programmes préventifs existants.

**C'est pour répondre à cette préoccupation que la Fédération des CLSC a confié au comité le mandat suivant :**

- offrir aux CLSC un soutien pour le développement de programmes préventifs. Ces programmes doivent mettre l'accent sur le développement des enfants et des jeunes (0-12 ans), la qualité de leur milieu de vie (familial, scolaire et social) et le soutien aux parents à travers la valorisation et le développement de leurs compétences.

**De façon générale, le mandat du comité vise les objectifs suivants :**

- supporter le développement et l'implantation de paramètres d'intervention préventive en première ligne qui se traduisent par l'identification d'activités cliniques et d'instruments de travail adaptés aux besoins des intervenants et des gestionnaires de CLSC;

- offrir le soutien aux intervenants et aux gestionnaires pour les aider dans l'implantation et l'évaluation de leurs projets ou programmes d'intervention préventive;
- mettre à jour et diffuser les informations relatives aux expériences novatrices réalisées en la matière.

**De façon plus précise, le comité aura pour tâche :**

- d'équiper les CLSC pour faire en sorte que des modèles de programmes de prévention s'actualisent dans le réseau des CLSC et que des outils cliniques soient accessibles aux intervenants;
- de clarifier le rôle des différents partenaires (organismes communautaires, services de garde à l'enfance, milieu scolaire, milieu municipal, CPEJ, centres de réadaptation) et de proposer des modalités concrètes de travail en complémentarité;
- d'identifier les besoins de formation et de recherche;
- de sensibiliser les intervenants à la dimension évaluative de programme.

## Introduction

### Priorité aux enfants et à leur famille

... ✦ **À** l'instar de plusieurs pays industrialisés, le Québec a entrepris, ces dernières années, une réflexion en profondeur sur les conditions favorisant la santé et le bien-être des enfants et de leur famille<sup>1</sup>. Cette réflexion a eu pour effet d'insuffler un élan nouveau au concept d'intervention préventive dans les domaines de la périnatalité, de la petite enfance, de l'enfance et de la jeunesse.

C'est la publication d'une série de rapports gouvernementaux au début des années 1990 qui a contribué à établir la pertinence d'une approche préventive globale dans le secteur enfance-jeunesse-famille: *Un Québec fou de ses enfants* (Rapport Bouchard, 1991), *La protection sur mesure* (Rapport Harvey, 1991), *La protection de la jeunesse... plus qu'une loi*, (Rapport Jasmin, 1992), *Politique de périnatalité* du MSSSQ (1992), *Maintenant et pour l'avenir... la jeunesse* (1992) qui constitue le plan d'action jeunesse du MSSSQ et *Guide de soutien à l'implantation du plan d'action jeunesse* (1995).

Tous ces travaux ont permis de dégager un certain nombre de points communs quant aux objectifs et aux stratégies à privilégier pour favoriser le développement optimal des enfants et de leur famille. Parmi les principaux points de convergence se dégageant de ces rapports, soulignons les orientations suivantes:

- mise en place des conditions favorisant un redéploiement des ressources vers la prévention des problèmes psychosociaux et de santé et vers la promotion de la santé et du bien-être des enfants, des jeunes et de leur famille;
- renforcement des services préventifs de première ligne.

<sup>1</sup> Ce courant a touché autant les États-Unis que le Canada et divers pays européens. Dans le cas américain, mentionnons entre autres le document *Beyond Rhetoric: A New American Agenda for Children and Family* (1991); au Canada, soulignons le rapport du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales du troisième âge et de la condition féminine intitulé *Les enfants du Canada, notre avenir* (1991), et le programme du gouvernement de l'Ontario connu sous le nom de *Better Beginnings, Better Futures* (1989).

Essentiellement, le virage proposé consiste à transformer graduellement le modèle de services axé d'abord et avant tout sur le recouvrement de la santé, le traitement des problèmes psychosociaux, la protection et la judiciarisation en un modèle faisant une large place à des services qui se distinguent par:

- leur nature préventive, c'est-à-dire leur antériorité par rapport au développement des problèmes;
- leur caractère de globalité;
- leur fonctionnement multidisciplinaire;
- leur orientation multisectorielle (santé et services sociaux, éducation, services de garde);
- leurs liens étroits avec les milieux de vie et la communauté.

### Obstacles à surmonter dans la mise en œuvre d'un nouveau modèle de services

Le consensus autour de ce nouveau modèle, aussi déterminant soit-il, ne signifie toutefois pas pour autant une application immédiate et directe des orientations qu'il contient. En effet, plusieurs obstacles sont susceptibles de ralentir la mise en place effective des programmes, services et activités découlant de ce nouveau choix de société en faveur des enfants et de leur famille. Certains de ces obstacles sont de nature structurelle, par exemple les difficultés posées par la réallocation des ressources humaines et financières vers l'action préventive, compte tenu que plusieurs réseaux de services ont été conçus à l'origine pour traiter des problèmes et des situations pathologiques et non pour en prévenir l'apparition.

Certains effets découlant d'une application inadéquate de la réforme actuelle du système de santé peuvent également créer de nouveaux obstacles même si cette réforme vise notamment à renforcer les services préventifs. À titre d'exemple, le virage ambulatoire risque de susciter des pressions importantes pour transférer des ressources appartenant aux services préventifs et socio-communautaires vers les services curatifs si la réallocation des ressources n'est pas suffisante en CLSC.

Un second écueil susceptible de ralentir le développement des programmes ou services préventifs est la difficulté de porter un jugement scientifique ou professionnel sur l'efficacité et la pertinence des activités de prévention et de promotion auprès des enfants et de leur famille. Le présent document veut répondre à cette préoccupation. De façon plus précise, il répond aux deux questions suivantes: comment départager ce qui est efficace de ce qui ne l'est pas parmi le grand nombre de programmes disponibles sur le « marché » de la prévention? Et, question tout aussi cruciale, comment s'assurer qu'une intervention préventive en particulier puisse se réaliser dans les meilleures conditions de réussite possible?

La période de grâce dont a bénéficié la prévention aux yeux des décideurs et de nombreux professionnels de la santé et des services sociaux dans les quinze dernières années est révolue. Ce préjugé favorable dont ont pu jouir à une certaine époque les services préventifs a fait en sorte qu'il n'était pas toujours jugé utile ni nécessaire de démontrer l'efficacité d'un programme avant d'amorcer sa mise en œuvre. Dans certains cas, le choix d'un service préventif a pu correspondre assez fidèlement à l'expression de Panzetta (1971) soulignant que la prévention a souvent été assimilée à un « gambling de bienfaisance ». En d'autres termes, ce sont parfois la bonne volonté et le hasard des relations entre individus qui ont dicté les choix des organisations en matière de prévention.

Toutefois, cette attitude est plus difficilement défendable dans une période caractérisée par la rareté des ressources et la nécessité de justifier les critères à l'origine de la répartition des budgets. Cette exigence pèse encore plus lourdement sur les services de prévention dans la mesure où ces derniers doivent participer à une compétition « budgétaire » avec les programmes curatifs historiquement bien établis.

« C'est fondamentalement une question de crédibilité (Bloom 1986), les tenants de la prévention et de la promotion étant souvent invités à faire la preuve que leurs programmes sont à la fois plus efficaces et moins coûteux que les services de traitement. Les programmes évalués, une fois validés sur le plan scientifique tant en ce qui concerne les instruments de mesure que la méthodologie, permettent de mieux juger, et ce, sur une base empirique, de l'efficacité des interventions. » (Blanchet et coll. 1993 : 73)

- DEUX QUESTIONS SONT
- 
- AU CŒUR DE CE DO-
- 
- CUMENT : COMMENT
- 
- DÉPARTAGER CE QUI
- 
- EST EFFICACE DE CE
- 
- QUI NE L'EST PAS PARM
- 
- LES PROGRAMMES
- 
- DISPONIBLES SUR
- 
- LE « MARCHÉ »
- 
- DE LA PRÉVENTION ?
- 
- COMMENT S'ASSURER
- 
- QU'UNE INTERVENTION
- 
- PRÉVENTIVE EN PARTI-
- 
- CULIER PUISSE SE
- 
- RÉALISER DANS LES
- 
- MEILLEURES CONDI-
- 
- TIONS DE RÉUSSITE
- 
- POSSIBLE ?



Nous présenterons ensuite les cinq grandes orientations qui ont inspiré notre réflexion dans ce rapport et qui, selon nous, devraient guider l'intervention préventive dans le domaine de l'enfance et de la famille.

La troisième partie constitue le cœur du rapport. C'est à l'intérieur de cette section que nous décrivons et analyserons les différents volets de la gamme de services préventifs visant à améliorer la santé et le bien-être des enfants et de leur famille. L'analyse a été conduite avec une préoccupation constante, celle de faire ressortir, pour chacun des programmes considérés, les facteurs de réussite identifiés dans la littérature pertinente. Chaque section traitant d'un volet de la gamme de services est structurée de la même façon. On y trouve d'abord une définition du type de programme étudié, ensuite nous présenterons un bilan des évaluations de ces programmes avant d'identifier les facteurs de réussite propres à assurer le succès de l'intervention préventive discutée.

La partie suivante (annexée au rapport) fait état de l'ensemble des programmes, projets et interventions acheminés au comité en réponse à la demande d'informations que nous avons lancée au réseau des CLSC. L'un des objectifs de cette section est de fournir un aperçu des projets d'action préventive par niveau d'âge et par type d'intervention (développement des habiletés parentales, soutien à la famille, soutien au réseau d'entraide, etc.). On y trouvera notamment une fiche descriptive synthétique pour chacune des activités ou programmes préventifs reçus par le comité. Pour les gestionnaires ou les intervenants qui souhaiteraient s'inspirer de l'un ou l'autre de ces programmes pour amorcer une action préventive, l'information sur ce qui se fait dans les CLSC pourra être utilisée en relation avec les facteurs de réussite identifiés dans la section trois du rapport.

Enfin, une dernière section (annexe 2) présente un bilan du processus de régionalisation relatif à l'implantation du *Plan d'action jeunesse* sur l'ensemble du territoire québécois.

Il convient enfin de souligner que ce rapport ne prétend d'aucune façon être un reflet exhaustif de ce qu'il est possible de faire et de ce qui s'accomplit effectivement sur le terrain dans le domaine de la prévention auprès des enfants et de leur famille. Dans certaines catégories de programmes, nous avons dû sélectionner des exemples de projets préventifs touchant certaines dimensions particulières. Ce que nous avons perdu en étendue, nous pensons l'avoir récupéré en profondeur puisque l'approche adoptée nous a permis d'analyser plus en détail un nombre significatif quoique forcément plus limité de programmes préventifs.

## I. La prévention

### De quoi parlons-nous ?

Il est important de définir le concept de prévention tel qu'adopté dans le cadre du présent rapport. En effet, cet exercice n'est pas anodin dans la mesure où il nous permettra de circonscrire notre mandat de façon plus précise et de clarifier certaines ambiguïtés dans le domaine de la prévention.

Il existe dans la littérature et sans doute également chez les intervenants psychosociaux de nombreuses définitions de la prévention. Ne serait-ce qu'en raison des significations multiples accolées au concept de prévention, il vaut la peine de s'attarder un moment à ce problème de définition de façon à bien clarifier l'objet de notre propos.

Classiquement, la prévention a été distinguée en trois parties selon l'ordre d'intervention dans la séquence des événements ou des pathologies qu'on vise à prévenir. Il s'agit de la fameuse définition tripartite proposée pour la première fois au milieu des années 1960 par deux auteurs éminents du domaine de la santé publique, Leavell et Clark (1965). Selon cette définition, la prévention peut être subdivisée en prévention primaire (qui intervient dans la période précédant la mise en marche du processus de maladie ou de problème), prévention secondaire (qui intervient dès qu'on peut détecter la maladie) et prévention tertiaire (qui entre en jeu lorsque la déficience et l'invalidité se sont installées).

Si cette définition a eu le mérite, du moins au départ, d'approfondir le concept de prévention, elle fut également accompagnée d'une deuxième conséquence, moins favorable celle-là. En élargissant le concept de cette façon, les auteurs ont créé une confusion qui a tendance à se poursuivre encore aujourd'hui. Cette confusion tient au fait que toute action peut à la limite être considérée comme préventive en vertu de la définition tripartite. En effet, toute intervention médicale ou psychosociale ne vise-t-elle pas, en définitive, à prévenir l'apparition ou la détérioration de problèmes chez un individu, la mort étant l'issue ultime à prévenir?

Selon plusieurs auteurs, une telle conception de la prévention comporte certains désavantages non négligeables. Certains sont d'avis que les notions de prévention secondaire et tertiaire ont souvent pour effet de « retarder l'essor de la véritable prévention, la primaire » (Blanchet et

- ▼
- LA PRÉVENTION PEUT ÊTRE DÉFINIE COMME UNE INTERVENTION PROACTIVE VISANT À METTRE EN PLACE DES CONDITIONS SOCIALES FAVORABLES ET À SUPPORTER LE DÉVELOPPEMENT D'ATTITUDES ET DE COMPORTEMENTS PERSONNELS FAVORISANT LE BIEN-ÊTRE ET LA SANTÉ.
- coll. 1993: 13), avec leur tendance à tout regrouper sous le parapluie de la pré-
  - vention, où même des interventions curatives ou de réhabilitation sont appelées
  - préventives sans que leur véritable nature le soit.
  - 
  - Cette conséquence indésirable a amené certains auteurs à vouloir restreindre
  - le champ de la prévention autour de la notion de prévention primaire. Cette po-
  - sition rejoint plusieurs travaux québécois récents, notamment dans le domaine
  - de la santé mentale (Saucier et Houde 1990; Blanchet et coll. 1993). Ces auteurs
  - tendent en effet à restreindre la définition de la prévention à un effort
  - orienté vers l'identification des facteurs à la source des problèmes ou des ma-
  - ladies et vers l'intervention visant à en restreindre la portée ou à les éliminer.
  - Dans leur esprit, une telle conception rejoint la définition de Lofquist (1983,
  - traduction libre):
  - 
  - **La prévention peut être définie comme une intervention proactive visant**
  - **à mettre en place des conditions sociales favorables et à supporter le**
  - **développement d'attitudes et de comportements personnels favorisant le**
  - **bien-être et la santé.**
  - 
  - Nous sommes d'avis qu'une telle définition a le mérite de recentrer la
  - prévention sur l'intervention touchant les déterminants et facteurs de santé et
  - de bien-être tout en étant suffisamment large pour inclure certains types d'inter-
  - vention portant sur des clientèles plus vulnérables ou déjà ciblées sur le plan de
  - certains facteurs de risque. En effet, si l'on s'en tenait strictement à la définition
  - de la prévention limitée aux frontières de la prévention primaire, on serait alors
  - forcé d'exclure toute une série d'interventions susceptibles d'entrer en jeu au
  - moment où sont décelés certains signes de mésadaptation ou de difficultés<sup>3</sup>.
  - Or, de telles interventions sont non seulement nécessaires et efficaces dans
  - plusieurs cas, mais elles sont également largement répandues, notamment dans
  - le réseau de services de première ligne.

<sup>3</sup> Si l'on adopte la définition tripartite classique, nous sommes alors en présence de prévention secondaire. C'est l'interprétation qu'en fait à tout le moins un auteur comme Pransky (1991:5). Nous verrons plus loin que d'autres auteurs voient ce genre d'intervention portant sur des clientèles particulières comme une forme de prévention primaire dite sélective (Gordon 1983).

Cette nouvelle remarque introduit une distinction importante pour la suite de notre propos puisqu'elle soulève deux interrogations fondamentales. En effet, faut-il distinguer les interventions préventives selon le type de clientèle visée (population générale et clientèles particulières)? Et en second lieu, les mesures s'adressant plus précisément aux clientèles identifiées au préalable comme étant plus vulnérables à certaines situations problématiques constituent-elles des activités préventives au sens où nous l'entendons dans ce rapport?

Gordon (1983) a suggéré une distinction qui permet de répondre à ces interrogations de façon satisfaisante. Même si cette classification a été conçue à l'origine pour le domaine des pathologies physiques, nous pensons qu'elle peut être utile dans le cas de la prévention auprès des enfants et de leur famille. Gordon (1983) propose de distinguer les mesures préventives universelles, qui s'adressent à toute personne éligible dans l'ensemble de la population, des mesures préventives sélectives, qui visent à rejoindre un sous-groupe de la population présentant des risques spécifiques quant au développement de certains problèmes ou pathologies. Nous allons donc utiliser la même terminologie (universel/sélectif) lorsqu'il sera question de ces deux types de programmes préventifs.

Ainsi, loin d'exclure de notre analyse les programmes visant les clientèles plus vulnérables comme les enfants de familles socio-économiquement défavorisées, nous les considérons comme faisant partie intégrante du domaine de la prévention. Toutefois, pour des motifs de clarté et de cohérence, nous les distinguons des programmes s'adressant à l'ensemble de la population en les désignant sous le vocable d'activités ou de mesures sélectives. Cette distinction n'établit aucun jugement de valeur quant à l'importance de chacun de ces domaines. En effet, nous pensons que les deux types d'intervention doivent être accessibles sur l'ensemble du territoire du Québec de façon à mieux répondre aux besoins particuliers des milieux de vie et des individus.

Le fait de négliger l'une de ces stratégies (universelle ou sélective) au détriment de l'autre approche risque de poser de sérieuses difficultés en termes d'accessibilité aux services de prévention pour l'ensemble de la population québécoise. Un rétrécissement de l'offre de services peut sembler une solution attrayante dans le contexte budgétaire actuel. Le comité est toutefois d'avis

- ▼
- GORDON PROPOSE
  - 
  - DE DISTINGUER LES
  - 
  - MESURES PRÉVENTIVES
  - 
  - UNIVERSELLES, QUI
  - 
  - S'ADRESSENT À TOUTE
  - 
  - PERSONNE ÉLIGIBLE
  - 
  - DANS L'ENSEMBLE DE
  - 
  - LA POPULATION, DES
  - 
  - MESURES PRÉVENTIVES
  - 
  - SÉLECTIVES, QUI
  - 
  - VISENT À REJOINDRE
  - 
  - UN SOUS-GROUPE DE
  - 
  - LA POPULATION.



▼  
L'INTERVENTION  
PRÉVENTIVE DEVRAIT  
REJOINDRE AUSSI L'ENVI-  
RONNEMENT FAMILIAL,  
LES ÉVÉNEMENTS  
ANXIOGÈNES DE LA VIE,  
LES COMMUNAUTÉS  
AU SEIN DESQUELLES  
VIVENT LES FAMILLES,  
LES INSTITUTIONS QUI,  
DE PRÈS OU DE LOIN,  
INFLUENCENT LES  
ENFANTS ET, ENFIN,  
L'INTERACTION ENTRE  
TOUS CES ASPECTS.

## 1.2 Une conception écologique de la prévention

Sur ce point, le comité est d'avis qu'il faut éviter de restreindre la notion de prévention à une intervention axée presque exclusivement sur l'enfant ou sa famille, particulièrement les personnes ou les familles vulnérables. À la suite de C. Bouchard (1994), nous rappelons les écueils propres à une définition par trop étroite de la prévention dite psychosociale.

« L'approche préventive de nature psychosociale ne manque certes pas de mérite et accumule les résultats qui témoignent de son efficacité et de sa capacité à contribuer au bien-être de milliers d'enfants, de jeunes et de parents qu'elle atteint. (...) Mais l'adoption d'une approche préventive seule, sans considération pour une réduction importante de la pauvreté des mères et des jeunes familles, présente quelque chose d'incomplet, d'inefficace et, à la limite, de cynique. » (Bouchard 1994 : 42)

C'est pourquoi le comité opte plutôt pour une approche écologique de la prévention (Dallaire, Chamberland et coll. 1994) qui insiste davantage sur l'interaction entre les divers déterminants individuels et environnementaux favorisant le bien-être de la famille ou de l'enfant.

« Afin d'identifier les différentes possibilités offertes à l'intervention préventive, nous ne devrions pas nous restreindre aux seuls facteurs touchant l'enfant. Nous devrions également nous intéresser aux environnements familiaux, aux événements anxieux de la vie, aux communautés au sein desquelles vivent les familles, aux institutions qui les influencent de près ou de loin et, enfin, aux interactions entre tous ces aspects. » (Rae Grant 1994 : 20) (traduction du comité)

L'appellation prévention sociale est également apparue ces dernières années pour désigner ce type d'approche multifactorielle (Dallaire, Chamberland et coll. 1994). Une telle conception de la prévention a l'avantage de mettre l'accent sur des notions comme la concertation entre les différents niveaux d'intervention (psychosocial, organisationnel/politique, communautaire/scolaire) et le concept

« d'empowerment » (Swift et Levin 1987), qui peut être défini comme un processus de réappropriation visant à permettre aux gens de récupérer ou d'augmenter leur capacité de transformer les situations qui menacent leur santé ou leur bien-être. « L'empowerment » ou « l'habilitation » réfère autant à une expérience subjective (sentiment de compétence, de contrôle) qu'à la transformation de la réalité objective des conditions sociales et économiques (Swift et Levin 1987).

La lutte aux inégalités sociales et économiques ne peut se faire sans la mise en œuvre de stratégies de concertation. Selon Bouchard (1994), les principales recommandations issues des rapports gouvernementaux publiés depuis le début des années 1990 débouchent sur des approches de concertation entre les services de prévention, de promotion, de soutien aux parents et d'habilitation.

C'est en s'appuyant sur une approche préventive qui intègre de multiples stratégies d'intervention (prévention et promotion dans les domaines individuel, communautaire, social et politique) et qui repose sur l'action concertée des différents secteurs susceptibles d'avoir un impact sur la santé et le bien-être des enfants et de leur famille que nous pourrions atteindre les objectifs visés.

Avant d'aborder le cœur du rapport, qui porte sur le contenu de la gamme de services et les exemples d'activités de prévention que nous privilégions dans le cadre du virage préventif touchant les enfants et leur famille, nous allons présenter les grandes orientations qui ont guidé l'ensemble de notre démarche. Ces orientations constituent en quelque sorte une synthèse des grands objectifs préventifs en matière d'enfance et de famille qui ont fait consensus dans les différentes politiques et rapports gouvernementaux ayant abordé la question ces dernières années au Québec.

▼  
« L'EMPOWERMENT »  
EST UN PROCESSUS DE  
RÉAPPROPRIATION  
VISANT À PERMETTRE  
AUX GENS DE RÉCUPÉRER  
OU D'AUGMENTER  
LEUR CAPACITÉ DE  
TRANSFORMER LES  
SITUATIONS QUI ME-  
NACENT LEUR SANTÉ  
OU LEUR BIEN-ÊTRE.

## 2. Orientations

... L'ensemble des politiques, rapports et plans d'action ministériels concernant l'enfance et la famille insistent sur l'urgence d'un virage prévention/promotion dans ce secteur. L'examen de ces divers documents permet de dégager un consensus quant aux grandes orientations qui devraient guider la mise en œuvre de ce virage.

Il convient dans un premier temps de rappeler les cinq orientations prioritaires identifiées par la *Politique de périnatalité* (1993) :

- assurer un environnement favorable aux enfants et aux parents;
- offrir une gamme complète de services de promotion et de prévention, allant des activités favorisant le développement d'attitudes favorables à la santé jusqu'à des services d'écoute et de soutien parental;
- développer des approches novatrices;
- soutenir l'intervention sous toutes ses formes;
- planifier, organiser et intervenir en concertation.

Le *Plan d'action jeunesse* allait préciser ces orientations dans le sens des besoins des enfants, des jeunes et de leur famille. C'est ainsi que cette politique ministérielle propose de rendre accessible une gamme de services en matière d'accompagnement et de soutien aux parents dans tous les territoires de CLSC du Québec. De plus, il recommande d'offrir des services en matière de stimulation infantile (services éducatifs et de soutien auprès des parents, intégration de l'enfant à un milieu qui stimule son développement, soutien auprès des personnes œuvrant dans les milieux de stimulation infantile).

Reprenant les orientations de la *Politique de périnatalité* et celles contenues dans le *Plan d'action jeunesse*, le *Guide de soutien à l'implantation du plan d'action jeunesse à l'intention de la Régie régionale et de ses partenaires* (intitulé *Maintenant et pour l'avenir... la jeunesse*), dégage une synthèse de ces différents éléments en soulignant que l'atteinte des grands objectifs est conditionnelle à la mise en place d'une approche caractérisée par les valeurs suivantes :

- l'implication active du milieu devrait être conjuguée à une intervention centrée sur la personne dans son environnement naturel de vie;
- l'intervention devrait être taillée sur mesure aux besoins et aux compétences de la personne;
- l'action préventive devrait tendre vers une intervention proactive, c'est-à-dire que la dispensation des services ne doit pas toujours être à la remorque de la demande formelle en provenance des individus.

Le comité de soutien à la mise en place de projets préventifs pour les enfants et leur famille dans les CLSC adhère à l'ensemble de ces principes en les synthétisant à travers cinq orientations.

### ORIENTATION I

#### Reconnaissance du rôle central des parents et des familles

Favoriser la reconnaissance, la valorisation et le soutien des parents et des familles en tant que maîtres d'œuvre du développement affectif, cognitif et social de leurs enfants, dans une optique respectueuse des différentes façons de vivre la réalité familiale aujourd'hui.

«Après l'enfant lui-même, ce sont les parents qui sont les maîtres d'œuvre de son développement. À ce titre, ils ont des responsabilités mais ils ont aussi besoin que la société les soutienne dans leur rôle.» (Rapport Bouchard : 19)

Ce principe énoncé dans le *Rapport Bouchard* constitue selon nous une condition fondamentale de réussite en ce qui touche l'intervention préventive auprès de l'enfance et de la famille.

En effet, pour développer toutes leurs potentialités, les enfants ont besoin durant de nombreuses années d'un entourage qui les soutienne, les reconforte et les protège, mais aussi qui les place dans un milieu stimulant sur le plan des habiletés sociales et des apprentissages de toutes sortes. Mais être parent constitue un rôle fort complexe que personne n'est parfaitement

préparé à remplir dès le départ. C'est pourquoi il arrive que la plupart des parents, sinon tous, aient besoin à un certain moment de leur vie de soutien (variable selon les individus) pour les aider à mieux comprendre et à exercer de façon plus satisfaisante leurs rôles éducatifs et de développement auprès de leurs enfants. Ce soutien peut provenir des professionnels de la santé et des services sociaux, des services de garde, des groupes communautaires, des organisations de loisirs, des écoles, etc. À titre de premiers responsables de leurs enfants, les parents doivent être respectés et supportés dans leur engagement, et la société doit encourager leur participation aux décisions qui les concernent dans l'organisation et la dispensation des services préventifs s'adressant à la famille.

Il convient enfin de souligner que ce soutien doit être adapté aux besoins de la famille d'aujourd'hui, beaucoup plus diversifiés que ceux de la famille type d'il y a trente ans. À cette époque, la majorité des familles québécoises étaient formées d'un couple marié pour la première fois et de deux ou trois enfants. Dans la plupart des cas, seul l'homme occupait un emploi. Aujourd'hui, ce « modèle » familial ne représente plus qu'environ 15% des familles québécoises. D'où l'importance d'adapter ce soutien aux vécus fort variés de la famille d'aujourd'hui.

## ORIENTATION 2

### Soutien à l'implication des pères

Soutenir par différents moyens l'éveil et le développement des compétences qui touchent les diverses facettes du rôle de père.

Le fait d'identifier une orientation spécifique quant au rôle des pères dans la prise en charge de leurs responsabilités parentales peut sembler répétitif. Toutefois, cette insistance vise à souligner les énormes progrès qu'il reste à accomplir pour que les pères en viennent à participer pleinement au développement émotif, cognitif et social de leurs enfants. Encore aujourd'hui, le père est trop souvent présenté dans un rôle d'accompagnateur de sa conjointe alors que sa propre réalité est tout simplement passée sous silence, ce qui revient à cloisonner les responsabilités parentales en fonction du sexe. De plus en plus, les programmes préventifs

s'adressant aux enfants et aux parents devront tenir compte de la réalité particulière du rôle et du vécu des pères dans l'éducation des enfants.

## ORIENTATION 3

### Reconnaissance des proches et de la communauté

Reconnaître l'apport des proches et des ressources de la communauté en tant que partenaires privilégiés dans l'intervention préventive.

Le soutien de la famille dans la prise en charge de ses responsabilités parentales devrait se faire prioritairement à l'intérieur du milieu de vie naturel. C'est ainsi que doit être favorisée l'entraide dans et entre les familles. Ce que les spécialistes appellent parfois les réseaux d'aide naturelle doivent être appuyés dans le respect de leur autonomie et de leur dynamisme propres. C'est là une condition de réussite incontournable de l'intervention préventive auprès des enfants et des familles.

## ORIENTATION 4

### Mise en place d'une gamme de services préventifs

Promouvoir la mise en place d'une gamme complète de services préventifs et de promotion de la santé accessibles à l'ensemble des familles. Ces services de base peuvent s'intensifier en fonction des besoins particuliers ressentis par certaines familles.

Les principaux rapports produits dans le domaine de l'enfance, de la famille et de la jeunesse en arrivent tous à la même conclusion en ce qui concerne l'accessibilité et la continuité des services préventifs disponibles sur le territoire du Québec : ils sont nettement insuffisants en plus de souffrir d'un manque d'intégration entre les divers secteurs dispensateurs de services (public-communautaire-privé).

De plus, on assiste dans le secteur de la petite enfance à un sous-développement des services aux enfants d'âge préscolaire. En effet, les ressources des CLSC affectées à cette clientèle et à leurs parents traduisent une concentration des ressources auprès des enfants de moins de deux ans et des enfants d'âge scolaire, alors que les services s'adressant aux enfants âgés entre deux et cinq ans sont nettement insuffisants<sup>4</sup>.

Ces constats nous amènent à réaffirmer l'importance de développer, au niveau de la première ligne, une gamme de services de base dont l'intensité peut être dosée en fonction des besoins particuliers des diverses clientèles.

## ORIENTATION 5 Renforcement de l'action concertée

Faciliter par divers moyens l'action concertée et la collaboration entre tous les niveaux d'intervention et les secteurs intéressés par la prévention et la promotion de la santé et du bien-être auprès des enfants et de leurs parents.

«Les rapports des groupes de travail portant sur les jeunes, sur l'application des mesures de protection de la jeunesse et sur l'évaluation de la Loi sur la protection de la jeunesse invitent tous trois les partenaires du réseau des services auprès des jeunes et de leur famille, à mettre fin à l'éparpillement de leurs efforts de même qu'au dédoublement de leur action, et à harmoniser leurs interventions dans le respect des identités propres aux établissements et des organismes communautaires concernés.»

(Guide de soutien à l'implantation du plan d'action jeunesse : 18)

<sup>4</sup> Nathalie Bouchard et Michelle Moreau. (1995). *Le jeune enfant et ses parents, une croissance et des compétences à valoriser et à soutenir*. Guide de soutien à l'intention des régies régionales pour l'implantation des mesures du plan d'action jeunesse en matière de promotion du développement du jeune enfant et de ses parents ainsi que de prévention des problèmes d'adaptation sociale : 6.

Ce passage tiré du *Guide de soutien* traduit bien l'urgence de la concertation telle que ressentie par les membres du comité. Parmi les moyens formels qui existent pour soutenir le partenariat, mentionnons entre autres les mécanismes de concertation régionaux comme les plans de services individualisés et les tables de concertation. Ces formes de collaboration structurée ne doivent pas nous faire oublier que les expériences de partenariat les plus fécondes sont souvent celles qui prennent naissance de façon spontanée et se déroulent sous un mode informel entre les intervenants eux-mêmes.

## LES CINQ ORIENTATIONS

1. RECONNAISSANCE DU RÔLE CENTRAL  
DES PARENTS ET DES FAMILLES

• • •

2. SOUTIEN DES PÈRES DANS LEUR RÔLE  
D'ÉDUCATION AUPRÈS DES ENFANTS

• • •

3. RECONNAISSANCE DES PROCHES ET  
DE LA COMMUNAUTÉ

• • •

4. MISE EN PLACE D'UNE GAMME DE  
SERVICES PRÉVENTIFS

• • •

5. ENCOURAGEMENT DE L'ACTION  
CONCERTÉE

• • •

### 3. Une gamme de services préventifs à consolider et à développer pour les enfants et leur famille

... Nous abordons maintenant le cœur de notre rapport, qui vise à identifier les différentes pratiques préventives disponibles auprès des jeunes et de leur famille ainsi que les conditions de réussite qui devraient accompagner la mise en œuvre de ces interventions. Le matériel ayant inspiré la rédaction de ce chapitre provient à la fois de ce qui existe déjà au Québec sur le terrain (et qui mérite d'être consolidé étant donné le degré de réussite atteint) et des activités présentant un potentiel préventif intéressant tel que démontré dans la littérature générale.

La première difficulté à surmonter pour mener à bien ce type de bilan est évidemment la grande diversité des programmes existants, que ce soit du point de vue des modes de pratique utilisés par les intervenants, des clientèles visées ou des modes d'organisation. C'est pourquoi il nous est apparu opportun de regrouper les interventions en fonction des groupes d'âge visés et de la nature même des programmes recensés.

En ce qui concerne les groupes d'âge, nous adoptons la pratique habituelle qui consiste à regrouper les interventions selon qu'elles s'adressent aux enfants (et à leurs parents) pendant les périodes de vie suivantes :

- période périnatale (prise de décision d'avoir un enfant-2 ans) ;
- période préscolaire (2 ans-5 ans) ;
- période scolaire (5 ans-12 ans<sup>5</sup>).

<sup>5</sup> Notre mandat étant limité à la période 0-12 ans, nous avons fixé à 12 ans la limite supérieure de la période scolaire.

Si ce regroupement est relativement simple à établir, il n'est par contre pas aussi facile de classer les programmes en fonction de la nature même des interventions préventives recensées. Théoriquement, on pourrait suggérer différents modèles de regroupement. L'un pourrait adopter comme critère le type d'approche utilisée (psychologique, psychosociale, infirmière, etc.) alors qu'un second pourrait distinguer les interventions selon qu'elles s'adressent prioritairement aux enfants ou aux parents. Mais chacune de ces approches nous semble insatisfaisante pour diverses raisons.

Nous avons surmonté cette difficulté en adoptant le regroupement proposé par le *Guide de soutien à l'implantation du plan d'action*, qui présente l'avantage d'être à la fois pratique et relativement exhaustif.

Les catégories d'interventions préventives suggérées par le *Guide* sont les suivantes (l'ordre de présentation peut être différent de celui du *Guide*) :

#### Les enfants âgés entre 0 et 5 ans et leur famille

À L'INTÉRIEUR DE CETTE SECTION, NOUS TRAITERONS DES ACTIVITÉS SUIVANTES

##### Périnatalité

- Rencontres prénatales.
- Visites postnatales.
- Programme intégré en périnatalité.

##### Développement du potentiel des enfants et des parents

- Programmes de stimulation précoce et de prévention des retards de développement.
- Mise en place de services à caractère éducatif et de soutien auprès des parents.

### Intégration de l'enfant âgé de 2 à 5 ans à un milieu stimulant

- Environnement familial.
- Services de garde.
- Développement et consolidation des ressources d'aide naturelle incluant les ressources de répit et de dépannage.

### Efficacité du dépistage préscolaire des problèmes de développement

- Point sur l'efficacité des examens préscolaires de routine pour le dépistage des troubles visuels et auditifs.
- Rôle des services spécialisés.

## Les divers programmes s'adressant aux enfants d'âge scolaire (5-12 ans) et à leur famille<sup>6</sup>

### Services orientés vers l'enfant

- Stratégies préventives axées sur l'amélioration des habiletés cognitives et psychosociales des enfants.
- Mesures visant à prévenir les difficultés découlant de situations fortement anxiogènes. L'exemple des programmes s'adressant aux enfants de parents séparés.
- Programmes de prévention touchant les habitudes de vie, avec une insistance sur les programmes en toxicomanie.

<sup>6</sup> Certains des programmes traités dans la section 0-5 ans, comme le développement et la consolidation des ressources d'aide naturelle ou le développement des habiletés parentales, s'appliquent également chez les 5-12 ans même si nous n'avons pas répété les titres de programmes.

### Mesures s'adressant aux parents

- Implication des parents à l'école.
- Soutien aux parents pour faire face aux difficultés vécues<sup>7</sup>.

### Mesures axées sur l'environnement

- Milieu scolaire:
  - Projets visant à contrer l'intimidation à l'école.
  - Réseaux d'entraide par les pairs.
- Développement de milieux de vie sécuritaires et accueillants en dehors de l'école:
  - Exemple: une Maison de la famille.

<sup>7</sup> Ces programmes ont été traités dans la section 0-5 ans, mais leur application est tout aussi pertinente pour les 5-12 ans étant donné que les parents peuvent avoir besoin de soutien à n'importe quel moment du développement de leurs enfants.



Selon la *Politique de périnatalité* (p. 49), les conditions générales de réussite de l'intervention dans la période périnatale sont les suivantes :

- adoption d'une approche globale et familiale;
- mise en œuvre d'une double approche de prévention et de promotion;
- prise en compte de l'ensemble des facteurs bio-psychosociaux et environnementaux ainsi que leur interrelations;
- valorisation des familles à travers l'encouragement parental, le soutien des parents dans l'exercice de leurs rôles et le respect de la pluralité des modèles familiaux;
- accessibilité à un ensemble de ressources: réseau familial et social, milieu communautaire et ressources professionnelles, ces dernières agissant en appui aux précédentes;
- orientation de l'action de façon intégrée sur l'ensemble des facteurs déterminants de la santé et du bien-être.

Nous abordons maintenant l'analyse des différents volets de l'intervention en périnatalité. Font partie de ces services les cours prénatals, les visites postnatales, les programmes intégrés et les programmes adaptés aux clientèles particulières (diversité culturelle).

### ► 3.11 Les rencontres prénatales: un service préventif et de promotion à préserver et à consolider

#### Description du programme

**P**armi la gamme de services en périnatalité, les rencontres prénatales constituent probablement l'activité préventive la plus connue et utilisée par l'ensemble de la population québécoise. Comme le soulignent les auteurs de la *Politique de périnatalité* (1993), ces rencontres sont pour un grand nombre de femmes enceintes un lieu important, sinon le seul, de partage d'informations et de ressources et parfois même d'entraide entre parents. De ce point de vue, on peut dire que les rencontres prénatales sont généralement perçues par les Québécoises et les Québécois comme un outil donnant accès à une meilleure préparation aux réalités diverses et parfois complexes de la grossesse et de l'accouchement.

Depuis plusieurs années les CLSC jouent un rôle de premier plan, en collaboration avec leurs divers partenaires des réseaux public et communautaire, dans l'organisation et la dispensation de ce service sur l'ensemble du territoire québécois. En 1996, un bilan de la situation des ressources et services offerts en CLSC dans le domaine de la périnatalité effectué par la Fédération des CLSC du Québec dans le cadre du virage ambulatoire établit que 71 % des CLSC offrent à leurs diverses clientèles des rencontres prénatales.

Ces chiffres nous permettent d'affirmer que les rencontres prénatales constituent une activité préventive accessible à la majorité des familles québécoises.

#### Bilan des évaluations

Les rencontres prénatales sont-elles efficaces pour prévenir certaines difficultés associées à la grossesse, à l'accouchement et à la période post-partum? La recherche ne permet pas nécessairement de répondre par oui ou par non à cette question générale, étant donné la trop grande variété des cours existants et des objectifs visés par les divers programmes (Enkin et coll. 1990: 25). En d'autres mots, l'efficacité des rencontres est fortement tributaire des modes de dispensation utilisés, des objectifs et du contenu des cours.

IL CONVIENT D'HAR-  
MONISER DANS LA  
MESURE DU POSSIBLE  
LE CONTENU DES REN-  
CONTRES OFFERTES  
AINSI QUE L'APPROCHE  
D'ANIMATION.

Il faut dire également que les rencontres prénatales ont connu une évolution fort importante depuis leurs débuts dans les années 1970. Au départ, ces rencontres étaient surtout axées vers les aspects physiques et physiologiques de la grossesse avec une emphase sur les différentes modalités visant à mieux contrôler la douleur liée à l'accouchement. Avec le temps, d'autres objectifs ont été ajoutés à cette première préoccupation dont la promotion de comportements et d'attitudes santé, la gestion du stress, l'amélioration des relations familiales et de couple, le développement d'un sentiment de contrôle, de confiance, d'estime de soi et de satisfaction, le succès dans l'allaitement maternel, une bonne adaptation post-partum.

Mais toutes les façons de faire ne sont pas nécessairement équivalentes si l'on considère l'efficacité préventive des rencontres prénatales. C'est pourquoi il est important de tenir compte d'un certain nombre de facteurs de réussite liés aux modes de dispensation, aux objectifs et au contenu des rencontres de façon à augmenter le plus possible les chances de succès de ce type d'intervention.

#### Facteurs de réussite

##### Un contenu et des approches à harmoniser

Le comité a constaté que le contenu, les objectifs et l'organisation des rencontres prénatales variaient de façon importante selon les CLSC. Si une telle variété n'est pas nécessairement un obstacle à l'efficacité, elle peut le devenir lorsqu'elle s'accompagne de faiblesses à propos de l'organisation, du mode de dispensation ou du contenu des cours. De façon à prévenir ce genre de difficultés, le comité suggère d'harmoniser dans la mesure du possible le contenu des cours offerts ainsi que l'approche d'animation.

Ces suggestions visent à favoriser la diffusion de modèles bien éprouvés sur le plan des façons de faire en plus de préciser la gamme complète des sujets qui devraient être abordés et discutés dans de telles rencontres.

#### Des objectifs clairs et réalistes

On peut affirmer de façon générale que l'efficacité préventive des rencontres prénatales est liée à des facteurs comme la compétence et les habiletés d'animation de l'éducatrice ainsi qu'aux objectifs sous-jacents au programme (Enkin et coll. 1990: 26). Ces objectifs sous-jacents doivent être distingués des objectifs explicites qui correspondent aux objectifs tels que présentés dans la description officielle des cours. De ce point de vue, plusieurs cours prénatals peuvent apparaître fort similaires.

Les objectifs sous-jacents correspondent davantage à la philosophie et aux attitudes profondes véhiculées dans les rencontres. Par exemple, sous quel angle présente-on l'information livrée aux participants? Se contente-on d'expliquer aux couples les pratiques et les politiques les plus courantes sans leur offrir d'autres choix ou sans les aider à se faire leur propre idée de ce qu'ils souhaitent vraiment pour la naissance de leur enfant?

Parmi les facteurs de réussite améliorant l'efficacité des rencontres prénatales, la littérature souligne que les objectifs doivent être clairs et transparents le plus possible pour les couples. De plus, les responsables devraient éviter de créer des attentes irréalistes chez les participants. Pour ce faire, on devrait privilégier les objectifs qui peuvent être atteints de façon concrète à l'intérieur d'un nombre de sessions limité (Enkin et coll. 1990: 27).

En outre, les objectifs ne doivent pas être trop nombreux. Un bon programme de rencontres prénatales devrait se concentrer sur trois grands objectifs: comment mieux vivre la période de la grossesse, de quelle façon se préparer à l'accouchement et apprivoiser l'arrivée de l'enfant.

#### Contenu des cours

À notre avis, des rencontres prénatales efficaces quant à leur impact préventif par rapport aux difficultés potentielles et au développement de stratégies d'adaptation liées à la grossesse, à l'accouchement ainsi qu'à la période post-partum devraient minimalement contenir les éléments suivants:

- UN BON PROGRAMME
- DE RENCONTRES
- PRÉNATALES DEVRAIT
- SE CONCENTRER SUR
- UN NOMBRE LIMITÉ
- D'OBJECTIFS: MIEUX
- VIVRE LA PÉRIODE
- DE LA GROSSESSE,
- SE PRÉPARER À
- L'ACCOUCHEMENT
- ET APPRIVOISER
- L'ARRIVÉE DE L'ENFANT.

- changements physiques, physiologiques et psychosociaux de la grossesse;
- alimentation et habitudes de vie de la femme enceinte;
- allaitement maternel;
- adaptation du couple et de la famille à l'arrivée du nouveau-né;
- implication du père;
- comment aborder le travail et apprivoiser la douleur;
- adaptation à la période postnatale et soins au nouveau-né;
- réponse aux préoccupations diverses des participants.

#### Une approche qui combine l'information et les échanges

L'approche d'animation utilisée est également fort importante à considérer. On identifie généralement deux grands modèles de rencontres prénatales. L'un est davantage axé vers la diffusion d'information touchant les divers sujets entourant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale alors que l'autre modèle comporte surtout des échanges et de l'animation de groupe. Le comité est d'avis que ces deux modèles ne devraient pas être considérés comme mutuellement exclusifs. Au contraire, ces approches devraient être utilisées à tour de rôle et même de façon intégrée dans les rencontres prénatales de façon à ce que les connaissances transmises par les animatrices dépassent le strict plan théorique pour rejoindre le vécu des personnes participantes. La responsable de la rencontre ne devrait pas être considérée comme l'unique ressource apte à transmettre les informations aux couples participants (Enkin et coll. 1990: 25).

Ce sont les échanges autour des expériences concrètes et des moyens favorisant la prise en charge des difficultés vécues ou entrevues par les couples qui font en sorte qu'une rencontre prénatale peut devenir quelque chose de magique. Le comité est d'avis que l'efficacité des rencontres prénatales est liée non seulement au contenu des cours mais également à la qualité des échanges de vues et d'expériences entre participants. C'est pourquoi on devrait toujours trouver un bon dosage d'information et d'échanges entre les participants dans la planification des rencontres. C'est à cette condition que les rencontres prénatales peuvent devenir des lieux de croissance et d'entraide pour les couples. Dans cette perspective, il peut être fort avantageux

de former des groupes hétérogènes primipare/multipare. Ajoutons enfin qu'une rencontre postnatale peut être un complément fort apprécié par la clientèle des rencontres prénatales puisqu'une telle séance permet aux couples d'exprimer les émotions vécues lors de l'accouchement, de discuter des difficultés d'adaptation associées à l'arrivée du nouveau-né et de briser l'isolement des premières semaines de la période postnatale.

#### UN PROGRAMME MODÈLE

Il existe des programmes québécois qui répondent adéquatement aux différents critères de réussite énoncés par le comité. La trousse de rencontres prénatales réalisée par une équipe du CLSC Olivier-Guimond et intitulée *Pour mieux se préparer à la venue du nouveau bébé* est un exemple d'un tel programme. Bien structuré, le contenu de ce programme aborde tous les points essentiels à une bonne éducation prénatale. Le type d'animation qu'il propose favorise également la participation active des couples dans leur propre prise en charge. Enfin, il fait une place importante aux pères dans la préparation des événements importants que le couple et la future famille s'appêtent à vivre. La trousse préparée par le CLSC Olivier-Guimond contient un cahier d'animation décrivant le contenu des sept rencontres prénatales du programme, des fiches conçues à l'attention des couples qui leur permettent d'inscrire leurs habitudes actuelles, leurs préoccupations et leurs questions ainsi qu'un carnet des futurs parents, véritable guide réunissant toutes les informations pertinentes sur le travail et l'accouchement.

#### OUTILS DISPONIBLES

##### Document de base

- ↔ CLSC Olivier-Guimond. (1995). *Rencontres prénatales. Pour mieux se préparer à la venue du nouveau bébé*. Montréal. (disponible au CLSC Olivier-Guimond)

### Une accessibilité à préserver

Les contraintes financières qui pèsent lourdement sur le réseau des CLSC comme sur la plupart des autres établissements et organismes communautaires depuis quelques années font craindre à certains une réduction de l'accessibilité aux rencontres prénatales. Quelques indices tendent à montrer que les contraintes budgétaires ont eu pour effet d'exercer de fortes pressions sur l'offre de services en ce domaine. Par exemple, jusqu'à quel point certains CLSC ont-ils été forcés d'instaurer des frais d'utilisation dans ce secteur ou de recentrer leur intervention sur des clientèles plus ciblées en termes de besoins? Déjà en 1993, la *Politique de périnatalité* notait que certains CLSC avaient dû délaissier les rencontres prénatales régulières pour orienter leurs services vers certaines clientèles cibles ou même vers d'autres secteurs d'activités.

En 1990, un bilan de la situation des ressources et services offerts en CLSC dans le domaine de la périnatalité, de la petite enfance et de l'enfance effectué par le MSSS (*Situation des ressources et services du CLSC auprès des enfants de 0-11 ans et de leur famille*, 1993) indiquait que 94% des CLSC (138 sur 157) offraient à leurs diverses clientèles des rencontres prénatales. Parmi les CLSC participant à ce programme, 84% d'entre eux disaient offrir le service à l'ensemble de la population, les autres ciblant leur action sur les clientèles identifiées comme plus vulnérables. Un troisième groupe (23% des CLSC) rendait le service disponible à la fois à l'ensemble de la population ainsi qu'à certaines clientèles particulières.

Une enquête menée auprès de 111 CLSC et centres de santé concernant les services offerts durant la période périnatale au début de l'année 1996 permet d'observer certaines transformations dans l'offre de services. Si la très grande majorité des CLSC continuent d'offrir des rencontres prénatales (94%), la proportion de ceux qui les offrent à l'ensemble des femmes enceintes est maintenant réduite à 71%. Il faut toutefois noter qu'une partie des restrictions quant à la clientèle visée s'explique par un accès réservé aux primipares seulement, une pratique qui touche 16% des CLSC.

De plus, un certain nombre de CLSC ont introduit des frais d'utilisation pour les couples participant aux rencontres prénatales. Selon les données de l'enquête de la Fédération des CLSC réalisée en 1996, environ 25% des CLSC imposent une tarification quelconque pour la participation aux rencontres prénatales.

**Si une tarification est appliquée, le comité est d'avis que cette pratique devrait être balisée par des points de repère stricts.** Il faut notamment s'assurer que les montants demandés ne dépassent jamais certaines limites raisonnables et que les frais ne puissent être considérés en aucun cas comme une barrière à l'accessibilité. Il faut se rappeler que les économies réalisées aux dépens de cette activité peuvent s'avérer en bout de ligne un bien pauvre investissement du point de vue de l'avenir des enfants et de leurs parents.

Si on ne peut établir sur le plan scientifique l'efficacité globale des rencontres prénatales sans distinction des objectifs visés, du contenu des rencontres ainsi que des stratégies éducatives et promotionnelles utilisées, cette activité n'en présente pas moins de nombreux avantages comme celui de rejoindre les couples à un moment où ils sont très réceptifs à une intervention éducative. Elle mérite d'être recommandée comme mesure susceptible de produire de bons résultats en prévention, à condition de présenter certaines caractéristiques de base que nous avons décrites précédemment.

Dans le contexte actuel, il convient de réaffirmer l'importance d'une accessibilité aussi large que possible à des rencontres prénatales de qualité pour tous les couples québécois qui en ressentent le besoin, et ce, peu importe qu'ils en soient ou non à leur première expérience de maternité ou de paternité.

- L'IMPORTANCE D'UNE
- ACCESSIBILITÉ AUISI
- LARGE QUE POSSIBLE
- À DES RENCONTRES
- PRÉNATALES DE QUALITÉ
- POUR TOUS LES
- COUPLES QUÉBÉCOIS
- QUI EN RESENTENT
- LE BESOIN.

### ► 3.12 Les visites postnatales à domicile

#### Description du programme

Les visites postnatales à domicile se font depuis de nombreuses années. Faites de façon systématique autrefois, elles deviennent de plus en plus sélectives dans le contexte de restrictions budgétaires actuel. Cependant, dans le cadre du virage ambulatoire, ces visites acquièrent une nouvelle importance et ouvrent une opportunité majeure pour la prévention. L'une des conséquences du virage ambulatoire est la réduction de la durée de séjour en post-partum dans le cas d'un accouchement en centre hospitalier. Dans le cadre d'un court séjour hospitalier, une visite à domicile devient essentielle pour évaluer l'état de santé de la mère et du bébé, dépister le plus rapidement possible tout problème lié à l'augmentation de bilirubine, à l'alimentation du nouveau-né, à la santé physique de la mère (Fédération des CLSC 1996). D'ailleurs, un certain nombre de régions sont en voie ou ont déjà mis en place un programme de visites à domicile entre le troisième et le cinquième jour de la vie de l'enfant, selon le moment du départ de l'hôpital.

D'autre part, les visites à domicile peuvent être vues de façon plus large comme une stratégie d'intervention préventive dans différentes phases de la période périnatale. L'un de ses avantages est de permettre l'établissement d'une relation de confiance entre les intervenants et les client(e)s dans une perspective de continuité.

#### Bilan des évaluations

Les conclusions des études ayant cherché à évaluer la capacité des visites postnatales systématiques peu après la naissance à atteindre leurs objectifs, qui consistent généralement à évaluer la santé de la mère et de l'enfant et de sécuriser les parents dans leurs rôles parentaux, ne sont pas pleinement concordantes. Selon Lebel (1991), ces études permettent de dire que la visite postnatale a eu un effet significatif sur l'aptitude des mères à exprimer leurs préoccupations en santé, la connaissance de l'âge et du lieu de vaccination, le sentiment de confiance et les connaissances des primipares.

Toutefois, certains auteurs soulignent que les objectifs de la visite ne sont atteints que pour les primipares seulement (Stanwick et coll. 1982, cité par Lebel 1991). Une autre étude (Barkaukas 1983) conclut que les mères, bien que satisfaites de la visite, n'ont pas été affectées positivement du point de vue de leur état de santé ou de celui de leur enfant. Cette même étude souligne toutefois un point fondamental que nous voudrions maintenant aborder, soit l'importance de bien préciser les objectifs par rapport à la visite. Nous discuterons également de l'importance pour les infirmières d'adapter leurs interventions aux besoins particuliers de chacune des mères. Il semble que ces deux points constituent la clé d'une visite postnatale efficace, selon une évaluation québécoise effectuée dans le cadre d'un programme de visites postnatales systématiques réalisées par les CLSC de la région de l'Estrie au début des années 1990 (Lebel 1991).

Cette étude conclut que la visite postnatale est efficace pour favoriser l'utilisation des ressources communautaires et professionnelles. En effet, une information personnalisée permet d'orienter la mère vers les ressources appropriées lorsque nécessaire. De plus, la visite postnatale a permis de dépister des familles vulnérables qui n'avaient pu être identifiées lors du séjour hospitalier.

Nous allons maintenant nous demander quels sont les facteurs qui font en sorte que ces visites sont à la fois pertinentes et efficaces du point de la prévention en périnatalité.

#### Facteurs de réussite

Plusieurs des recommandations de l'étude de Lebel (1991) touchent les objectifs et le contenu de la visite :

- réduire le nombre d'objectifs liés à la visite et de les prioriser afin de maximiser l'impact de ce type d'intervention ;
- avoir des attentes plus réalistes quant à la durée de l'intervention qui devrait être d'environ une heure ;
- ajuster les objectifs de la visite selon que le nouveau-né représente ou non une première expérience pour les parents ;
- orienter les objectifs de façon à renforcer leur sentiment de compétence.

## UN PROGRAMME MODELE

Il existe certains instruments visant à mieux outiller les intervenants qui souhaitent offrir une intervention de meilleure qualité aux familles des communautés culturelles. L'un d'eux est un feuillet d'information portant le titre *Mères et Mondes*. Il s'agit d'une publication qui vise à soutenir l'intervention auprès des communautés culturelles en informant les intervenants sur les déterminants de la santé des mères et des nouveau-nés de ces familles. Le projet a été instauré par la Direction de la santé publique de Montréal-centre (Unité écologie humaine et sociale) et les CLSC Côte-des-Neiges et René-Cassin.

Des feuillets ont été publiés sur sept communautés culturelles: vietnamienne, haïtienne, jamaïcaine, salvadorienne, sri lankaise, philippine et cambodgienne. Il ne s'agit pas de recettes qui permettraient d'approcher telle ou telle culture, mais plutôt d'une invitation à en découvrir toute la richesse et la complexité. Par exemple, dans le premier numéro présentant le projet *Mères et Mondes*, les auteurs suggèrent certaines questions qui peuvent aider l'intervenant à mieux cerner le cadre culturel et les besoins particuliers des familles. Les auteurs y indiquent notamment:

- les moyens ou interventions permettant de faciliter l'expression des besoins de la famille;
- comment opérer une conciliation entre les traditions et les objectifs de prévention et de promotion de la santé.

Un autre moyen consiste à utiliser la banque d'information « Culture et grossesse ». C'est le nom donné au projet de monitoring des naissances sur les territoires des CLSC Côte-des-Neiges et René-Cassin de 1985 à 1994. Entrepris par l'équipe Famille-Enfance de l'ancien Département de santé communautaire de l'hôpital Sainte-Justine, ce projet avait pour but de documenter la prévalence des facteurs de risque liés à la prématurité et à l'insuffisance de poids à la naissance dans une population ethniquement diversifiée.

## OUTILS DISPONIBLES

### Document de base

- ↔ Direction de la santé publique de Montréal-centre, CLSC Côte-des-Neiges et CLSC René-Cassin. (1996). *Mères et Mondes, feuillet d'information sur la santé des mères et des nouveau-nés de communautés culturelles de Montréal*. Montréal. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre. (disponible à la RRSSS-MC)

### Autres instruments

- ↔ Chiasson-Lavoie, Michèle. (1992). *L'approche interculturelle auprès de réfugiés et de nouveaux immigrants*. Montréal. Centre de services sociaux du Montréal métropolitain.

### Sur l'approche interculturelle auprès des enfants:

- ↔ Bourgeois, Francine. (1996). *Au cœur d'une planète*. Montréal. CLSC Saint-Henri. (disponible au CLSC Saint-Henri)

### ► 3.14 Programme de services intégrés<sup>8</sup> en périnatalité

#### Description du programme

Les services périnataux globaux s'adressent à l'ensemble de la population, mais il arrive que certaines familles en situation de vulnérabilité aient besoin d'un soutien plus intensif. Ces situations ont tendance à se retrouver plus fréquemment chez les femmes et les familles de milieux défavorisés, les adolescentes enceintes, les femmes en situation de monoparentalité et les parents qui vivent des problèmes d'attachement avec leur enfant (Politique de périnatalité 1993:57).

Il convient donc d'adapter l'intensité et la durée de l'intervention auprès de ces clientèles aux besoins particuliers. Selon la *Politique de périnatalité*, la gamme de services de base disponibles pour l'ensemble de la population des femmes enceintes, des mères, des pères et des nouveau-nés devrait être complétée par certains services plus précis: un suivi nutritionnel plus serré avec don de suppléments alimentaires lorsque requis, des visites prénatales et postnatales à domicile, un service de répit-dépannage incluant des services de gardiennage à domicile et une solide éducation sanitaire.

La *Politique de périnatalité* note que les meilleurs programmes intégrés de prévention en périnatalité mis en œuvre aux États-Unis ont permis d'observer les effets suivants: diminution de l'insuffisance de poids à la naissance, de la prématurité et de la mortalité périnatale. En période postnatale, ils permettent de diminuer la morbidité (réduction des consultations), d'améliorer la qualité de la relation mère-enfant, de diminuer les cas de violence ou de négligence avec même certains résultats à plus long terme comme une meilleure performance des enfants à l'école.

<sup>8</sup> Nous avons employé le terme intervention globale en périnatalité pour désigner l'approche générale définie par la Politique de périnatalité. Suivant en cela cette même politique, nous réservons l'utilisation de programme intégré de prévention en périnatalité aux programmes s'adressant à des clientèles particulièrement vulnérables. Toutefois, les programmes intégrés peuvent être considérés comme des programmes globaux dans leur conception et leur mise en œuvre.

#### Bilan des évaluations

Plusieurs programmes s'apparentant aux programmes intégrés de prévention en périnatalité ont été appliqués avec succès aux États-Unis, et ce, dans les milieux les plus divers. Par exemple, des programmes comme le *Maternal and Infant Care* et le *Improved Pregnancy Outcome* comprennent plusieurs volets de services comme l'évaluation des besoins de la femme enceinte, l'élaboration d'un plan de soins et suivi, l'évaluation nutritionnelle et la référence à des services de soutien lorsque nécessaire, l'évaluation sociale et le suivi lorsque requis.

Selon Martin et Boyer (1995:42), ces programmes ont été jugés efficaces pour réduire les taux d'insuffisance de poids à la naissance et pour améliorer plusieurs indicateurs de santé et de bien-être. Ainsi, on observe, lorsque les services se prolongent durant la période postnatale, un accroissement du taux d'allaitement maternel, une réduction des visites à la salle d'urgence, un meilleur statut vaccinal, une réduction des déclarations pour abus et négligence.

Aux États-Unis, le *Pre-natal and Early Infancy Project* développé par Olds et coll. (1986) a été jugé comme un modèle de programme de prévention global s'adressant à des clientèles vulnérables par «l'American Psychological Association». Ce programme s'adresse aux mères adolescentes âgées de 19 ans et moins, monoparentales et de milieu défavorisé. Il comporte des visites d'une heure et demie toutes les deux semaines effectuées par une infirmière-éducatrice<sup>9</sup>.

Ces visites débutent habituellement autour de la vingt-cinquième semaine de grossesse et ont pour objectif d'informer les jeunes mères sur l'hygiène de vie. Même si elles s'espacent après la naissance de l'enfant, ces visites se poursuivent en post-partum avec un accent particulier sur le renforcement du réseau de soutien. Selon Vitaro et coll. (1994:57), les effets de ces programmes sont fort intéressants: après trois ans, le taux d'enfants victimes d'abus ou de négligence, les visites à l'urgence, les accidents et le tabagisme sont en net recul comparé à ce qui fut observé à l'intérieur d'un groupe contrôle.

<sup>9</sup> Habituellement ce genre de programme comprend trois volets majeurs: activités liées au développement de l'enfant, soutien au développement des compétences parentales et renforcement du réseau de soutien.

On note également une amélioration du régime alimentaire des mères ainsi qu'un renforcement de leur réseau de soutien social. Même si les résultats à plus long terme ne sont pas encore disponibles, les premières indications tendent à montrer que les enfants présentent une meilleure adaptation sociale et scolaire.

Au Québec, les projets OLO reposent également sur une intervention intégrée. Implantés dans la majorité des CLSC du Québec, ils ont été jugés efficaces lors d'une évaluation provinciale qui en a été faite (Leduc et Rozefort 1991). Les principaux points positifs qui ressortent de ce bilan sont les suivants:

- le programme s'est révélé une porte d'entrée auprès des femmes enceintes vivant en milieu défavorisé;
- il peut contribuer à réduire le nombre de bébés de faible poids à la naissance;
- l'intervention a un impact important sur diverses dimensions de la vie en milieu défavorisé.

Le programme OLO atteint ces résultats à la condition d'offrir une intervention globale incluant des mesures de suivi nutritionnel qui complètent la distribution de suppléments alimentaires. Le programme *Naître égaux et grandir en santé* détaillé plus loin décrit les diverses composantes que devraient comprendre un programme complet.

On pourrait citer d'autres programmes de prévention ayant obtenu des résultats positifs auprès de clientèles vulnérables, par exemple le *Child Health Supervision Project* (Gutelius et coll. 1977, cité par Vitaro 1994) et le *Yale Child Welfare Research Project* (Seitz, et coll. 1983). Dans le premier cas, les résultats indiquent une confiance accrue et une plus grande capacité d'interaction avec les adultes pour les enfants ayant participé à ce programme qui comprenait notamment des cours prénatals, des soins pédiatriques et psychologiques, du soutien à la famille incluant des visites à domicile d'un médecin ou d'une infirmière qui supervise les soins à l'enfant et initie les parents à des activités de stimulation.

Les effets de ce programme ont été observés pendant toute la période de l'enfance (2-12 ans). À l'âge de deux ans et demi, les enfants ayant bénéficié de l'intervention affichaient une compétence langagière et une adaptation sociale fort satisfaisantes. À sept ans, les enfants du groupe expérimental affichaient un meilleur rendement intellectuel

et académique et une plus grande assiduité scolaire qu'un échantillon d'enfants faisant partie d'un groupe contrôle. Il est intéressant de noter que cette différence était encore observable à l'âge de dix ans.

### Facteurs de réussite

La *Politique de périnatalité* a identifié les facteurs de réussite de l'intervention auprès des clientèles vulnérables. Ces conditions peuvent être résumées de la façon suivante:

- les programmes doivent viser à mettre en œuvre un soutien intense et continu aux parents;
- ils misent sur l'établissement d'une relation de confiance fondée sur le non-jugement, le respect des valeurs et une bonne connaissance des milieux;
- ils visent à rejoindre toutes les femmes enceintes défavorisées et pas seulement les personnes qui viennent spontanément consulter;
- ils favorisent une étroite collaboration entre les médecins en bureau privé et à l'hôpital et les autres professionnels de la santé et des services sociaux;
- ils fondent leur intervention sur une approche multidisciplinaire et personnalisée, avec une préoccupation de continuité des services;
- ils insistent sur l'importance d'avoir des professionnels disponibles et bien formés à ce type d'intervention.
- ils reposent sur la notion d'intervenante privilégiée et sur l'importance de développer une relation de confiance entre la cliente et la personne aidante.

Ces conditions de réussite rejoignent largement celles énoncées par Martin et Boyer (1995) dans le document *Naître égaux et en santé*. Selon ces auteures, les interventions auprès des femmes enceintes, des enfants, des mères et des pères vivant dans les milieux d'extrême pauvreté devraient favoriser:

- une approche globale avec de multiples composantes, stratégies ou services;
- une intervention de qualité, de durée et d'intensité substantielles;

▼  
TOUTE INTERVENTION,  
QU'ELLE SOIT PRÉVEN-  
TIVE OU CURATIVE,  
EST PRATIQUEMENT  
VOUÉE À L'ÉCHEC  
SANS L'ÉTABLISSEMENT  
D'UNE RELATION DE  
CONFIANCE.

- ■ une attention portée autant au soutien des parents qu'au développement des enfants;
- ■ des attitudes adéquates chez les intervenantes.
- 
- Parmi les facteurs de réussite que nous venons d'évoquer, il y en a un qui mérite une attention toute particulière étant donné son importance primordiale dans la démarche d'intervention. En effet, toute intervention, qu'elle soit préventive ou curative, est pratiquement vouée à l'échec sans la présence de cet ingrédient. Il s'agit évidemment de l'établissement d'une relation de confiance avec la cliente et l'ensemble de la famille.

• Or, l'un des moyens privilégiés pour jeter les bases d'une relation de confiance est la visite à domicile, qui constitue un outil fréquemment utilisé pour rejoindre les différentes clientèles. Dans le cas des clientèles vulnérables, la visite à domicile peut s'avérer un outil d'intervention efficace du point de vue préventif.

#### UN PROGRAMME MODÈLE

Le programme *Naître égaux et grandir en santé* est un exemple de programme intégré en périnatalité. Ce programme a été implanté au Québec en 1991. Il repose sur un ensemble d'activités diversifiées que l'on peut regrouper à l'intérieur des axes d'activités majeurs suivants :

- ■ un suivi personnalisé des femmes et des enfants par une intervenante privilégiée ;
- ■ l'accompagnement vers les services et les ressources du milieu ;
- ■ l'information et le soutien aux pères ;
- ■ la participation à des rencontres de groupe (information, entraide, action).

Le programme est actuellement expérimenté et évalué dans cinq CLSC : Hochelaga-Maisonneuve, J.-Octave Roussin, Mercier-Est/Anjou et Olivier-Guimond à Montréal, en plus du CLSC Le partage des eaux, à Rouyn-Noranda.

Selon la *Politique québécoise de périnatalité*, ces programmes présentent l'avantage d'être à la fois structurés et souples. « Structurés parce qu'ils impliquent une démarche systématique d'évaluation des besoins et du potentiel des mères et des pères, souples parce qu'ils sont adaptés aux situations vécues par les parents tout au cours de la période périnatale. » (Politique de périnatalité 1993 : 59)

Jusqu'à présent, le programme a démontré sa capacité à rejoindre les clientèles que les services sociaux habituels parviennent difficilement à contacter. Selon l'évaluation de la mise en œuvre du programme, la grande majorité des femmes ayant participé à l'intervention n'étaient même pas connues du CLSC, même chez les multipares.

#### OUTILS DISPONIBLES

##### Document de base

• Martin, C. et Boyer, G. (1995). *Naître égaux et en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Montréal : Gouvernement du Québec et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre. (disponible au MSSS)

##### Autre instrument

• Dubé, N. (1995). *Évaluation des programmes et outils de dépistage des femmes enceintes dont l'issue de la grossesse est susceptible d'être défavorable pour elles-mêmes ou pour leur bébé*. Direction de la santé publique Gaspésie-Îles de la Madeleine.

### 3.2 LA MISE EN PLACE DE SERVICES À CARACTÈRE ÉDUCATIF ET DE SOUTIEN AUX PARENTS

#### ▶ 3.21 Formation aux habiletés parentales: quelques éléments de définition

##### Description du programme

La «naissance» d'un parent constitue une expérience affective et cognitive complexe dont l'un des aspects essentiels est la genèse d'un «sens de soi comme parent» (Trudelle et Montabault 1994: 49).

«Tout comme pour le concept de soi en général, le concept de soi parental fournit un cadre par lequel une personne, en tant que parent, peut prendre des décisions, évaluer ses comportements immédiats et expliquer ses sentiments en tant que parent.» (Trudelle et Montabault 1994: 49). L'existence d'un soi parental a un corrolaire: l'estime de soi parentale, elle-même étroitement liée aux sentiments d'efficacité et de satisfaction.

Ultimement, les programmes de formation aux habiletés parentales visent donc à rehausser les sentiments d'efficacité et de satisfaction des parents dans leur rôle d'éducateur auprès de leurs enfants.

Selon Vitaro et coll. (1994), la plupart des programmes de formation des parents visent les objectifs suivants:

- connaître les notions de base de l'apprentissage social;
- apprendre à différencier, à évaluer et à enregistrer leur comportement et celui de leur enfant;
- apprendre à gérer les comportements de l'enfant en utilisant de manière systématique des contingences de renforcement à la maison.

La formation des parents dans le domaine de l'éducation à la vie familiale a connu un véritable essor depuis quelques décennies. Cet engouement a rejoint le Québec plus récemment, avec la mise en place de certains programmes d'éducation ces dernières années.

D'abord conçu à l'intention des parents de milieux défavorisés, ce type d'intervention s'est étendu graduellement à toutes les catégories d'enfants et de familles. En vertu du principe que les parents constituent les premiers et principaux éducateurs de l'enfant, il est nécessaire que l'enfant développe une relation positive avec ses parents pour acquérir les compétences cognitives, affectives et sociales essentielles à son épanouissement futur. Or, il est généralement démontré qu'une meilleure formation des parents favorise l'établissement de relations positives au sein de la famille créant ainsi un climat plus propice à l'apprentissage.

Selon Saucier et Houde (1990:115), les programmes d'éducation parentale «offrent aux participants de l'information, une prise de conscience et des habiletés reliées au fait d'être parent. Ils visent à faciliter la compréhension des parents quant au développement de l'enfant de même qu'à incorporer et à montrer diverses techniques et méthodologies favorisant un développement optimal».

Lorsqu'il s'agit de préciser les différentes formes que prend cette intervention, Saucier et Houde (1990) soulignent une coexistence des modèles les plus divers: ces activités peuvent se dérouler dans un centre ou à la maison, varier de façon importante en fréquence et en durée, utiliser une approche d'atelier, didactique ou multimédia, être destinées uniquement aux parents ou aux parents accompagnés de leur enfant.

##### Bilan des évaluations

#### L'efficacité de l'éducation aux habiletés parentales

Un certain nombre de programmes de formation s'adressant aux parents ont été expérimentés et évalués. Il faut cependant garder à l'esprit que, à l'instar de ce que l'on observe dans la plupart des secteurs de l'intervention psychosociale, la pratique est largement en avance sur l'évaluation. Ainsi, les évaluations ne reflètent pas toujours la richesse, la complexité et le potentiel des activités préventives (Pransky 1991: 57).

Vitaro et coll. (1994) ont procédé à une revue des évaluations des programmes de formation parentale. De façon générale, leur bilan des écrits conclut à l'efficacité de ce type d'intervention préventive. Ceux-ci semblent en effet efficaces à modifier favorablement les interactions parent-enfant. Par exemple, ils citent les travaux de Webster-Stratton (1981, 1987) portant sur des interventions qui visent à enseigner aux parents d'enfants âgés entre trois et huit ans et présentant des problèmes de comportement des moyens de contrôler les conduites perturbatrices de leur enfant et d'améliorer leurs habiletés parentales.

Ce programme était fondé sur le visionnement par des groupes de parents, sous la direction d'un thérapeute, de dix habiletés parentales modèles enregistrées sur bande vidéo. Les résultats de l'intervention montrent que ce type de programme se révèle efficace pour réduire les comportements perturbateurs. McMahon et Wells (1989), dans leur revue critique de l'efficacité de ce type d'intervention, en arrivent à la même conclusion générale.

Les groupes de formation/discussion sont une formule largement répandue dans plusieurs pays. En Suède par exemple, ils constituent depuis plusieurs années un élément essentiel de la stratégie visant à faire en sorte que la formation parentale devienne un service préventif auquel tous les jeunes et futurs parents ont accès. Dans le cas de la Suède, les rencontres (8 à 10) de parents se concentrent surtout durant la période périnatale. Le contenu de ces discussions est généralement laissé à la discrétion des participants selon les besoins exprimés. Dans une revue de littérature portant sur la formation des parents dans le domaine de la vie familiale, Paré (1991) souligne que les différentes évaluations des programmes suédois ont démontré que :

- les parents ayant participé à ces groupes au moment d'une première naissance ont par la suite poursuivi ces rencontres;
- l'allaitement maternel est plus fréquent parmi les mères participantes;
- ces parents s'engagent socialement par la suite dans des activités destinées aux enfants.

Quant aux réserves soulevées par ces programmes, ils sont de deux ordres. Premièrement, certains mettent en doute leur capacité à influencer les comportements de façon durable. Deuxièmement, on peut penser que ces programmes ont plus de difficultés à rejoindre les familles les plus vulnérables.

En effet, il se pourrait que ces programmes aient plus de difficultés à retenir l'attention des parents les plus vulnérables en termes d'habiletés parentales, notamment en raison de problèmes associés comme l'alcoolisme, la dépression ou la mauvaise utilisation de médicaments.

### Expériences américaines

Alvy (1987) a procédé à une revue des programmes de formation visant à rehausser les habiletés parentales liées à l'éducation des enfants. À la question de savoir si ces programmes sont efficaces pour aider les parents à développer différentes compétences éducatives, Alvy (1987) répond positivement en précisant que ces programmes sont un élément essentiel permettant d'atteindre des objectifs de prévention dans les domaines des problèmes mentaux et psychologiques, de l'abus des drogues et de l'alcool ainsi que dans celui de l'abus et de la négligence (cité par Pransky 1991).

Plusieurs de ces programmes ont été développés et mis en place dans les deux dernières décennies aux États-Unis. Le programme de formation parentale le plus ancien et en même temps le plus connu est probablement *Parent Effectiveness Training* créé par Gordon (1975) à partir des fondements de la psychologie rogerienne. On peut également mentionner des programmes comme *Systematic Training for Effective Parenting* créé par Dinkmeyer et McKay (1976) ou *Confident Parenting* développé par Aitchison (1976) selon les principes découlant des travaux de B.F. Skinner.

L'attrait de la stratégie préventive de formation aux habiletés parentales semble toujours aussi grand si l'on en juge par le grand nombre de programmes qui ont été mis sur pied ces dernières années. Pransky (1991) en cite un nombre impressionnant :

- *Developing Capable People*;
- *Active Parenting*;
- *The Nurturing Program for Parents and Children*;
- *How to Talk So Kids Will Listen So Kids Will Talk*;
- *Preparing for the Drug-Free Years*;
- *Effective Black Parenting*;
- *Los Niños Bien Educados*;
- *Positive Discipline*.

II. EST PRIMORDIAL

D'OFFRIR UNE VARIÉTÉ

DE COURS AFIN DE

RÉPONDRE AUX

BESOINS DES

DIFFÉRENTS TYPES

DE CLIENTÈLES.

- Les études évaluatives ne permettent toutefois pas d'affirmer que tous les programmes sont efficaces de façon globale pour l'ensemble des clientèles.
- Selon Alvy (1987:138), il apparaît que certains parents ont vu leurs relations avec leurs enfants radicalement transformées après une participation à de telles rencontres tandis que d'autres n'en tiraient aucun bénéfice. Ces divergences peuvent s'expliquer par différents facteurs. Pransky (1991: 87) en identifie quelques-uns, dont le fait que certains cours fonctionneraient mieux avec un style particulier d'autorité ou de style parental et moins bien avec un style autre. Ce constat milite en faveur, selon Pransky (1991), de la variété des cours disponibles sur un territoire donné.

- Une méta-analyse réalisée par Levant (1983) et portant sur les programmes de *Parent Effectiveness Training* conclut que ces interventions avaient des effets positifs mesurables sur les comportements parentaux et l'estime de soi des enfants.

- Pransky (1991) a effectué une étude sur l'efficacité du programme *Developing Capable People*. Parmi 409 parents ayant participé à ce programme, 72% ont noté une diminution des problèmes de comportement perturbants de la part de leur enfant. Et 91% des parents ont reconnu que leur propre comportement face à l'éducation de leur enfant avait changé grâce à la participation à ce cours.

- En résumé, on peut donc affirmer que ces programmes sont généralement efficaces, du moins si l'on considère les effets à court et moyen termes. Toutefois, il n'est pas certain que les familles les plus vulnérables peuvent être rejointes par ces programmes et bénéficier pleinement des retombées favorables de ces interventions.

- Nous verrons maintenant comment il est possible de maximiser les gains potentiels découlant de ce type de programme, particulièrement en relation avec les deux réserves précédentes.

Facteurs de réussite

La littérature existante permet d'identifier un certain nombre de conditions de réussite associées aux programmes de formation parentale. Tout d'abord, il faut souligner l'importance du travail de préparation du terrain et du démarrage des groupes en ce qui a trait au succès éventuel du programme (Royer et coll. 1990 publié dans Dansereau et coll. 1990). Parmi ces aspects, il convient de souligner l'importance de bien définir les populations visées et de concevoir des stratégies appropriées pour rejoindre chacune d'elles.

De façon plus générale, Paré (1991), dans sa revue des expériences internationales, souligne les éléments suivants:

- les projets sont conçus de façon à mettre en valeur les forces potentielles des familles et des parents, insistant sur le fait que ces derniers sont le principal éducateur de l'enfant;
- avec l'aide des responsables, les parents ont leur mot à dire dans la détermination du contenu des rencontres (voir aussi Royer et coll. 1990 publié dans Dansereau et coll. 1990);
- la personne chargée de l'animation a la compétence et l'expérience nécessaires pour assurer la bonne marche des activités qui devraient se dérouler dans un cadre de «souplesse structurée» (Royer et coll. 1990 publié dans Dansereau et coll. 1990).

Selon Pransky (1991: 89), les éléments clés susceptibles de concourir au succès « clinique » de ces programmes sont les suivants:

- éveiller les parents à l'importance des perceptions de l'enfant quant aux actions ou interventions prises par le parent dans son rôle éducatif;
- insister sur le fait que les enfants apprennent beaucoup plus à partir des comportements qu'ils voient qu'à partir des consignes qui leur sont transmises verbalement;
- bien comprendre qu'il n'existe pas de parents parfaits. Ainsi, chaque situation ou problème peuvent être vus comme une opportunité pour développer des perceptions de soi plus saines et des habiletés comportementales plus adéquates.



LES PROGRAMMES

DE DÉVELOPPEMENT

DES COMPÉTENCES

PARENTALES DOIVENT

INSISTER SUR LE FAIT

QU'IL N'EXISTE PAS

DE PARENTS PARFAITS.

• Il est bien connu qu'il est généralement plus difficile de rejoindre les populations qui manifestent les besoins les plus criants. Ces parents ne viennent pas nécessairement d'eux-mêmes consulter les intervenants et c'est pourquoi ces derniers doivent se déplacer pour les rencontrer dans leur milieu et établir une relation de confiance avec eux. D'où l'importance des stratégies particulières afin de rejoindre les familles les plus vulnérables:

- ■ il est préférable que l'intervention comprenne plusieurs volets tels que visites à domicile, services psychologiques plus spécialisés ou services de garde;
- ■ les programmes de formation parentale ont avantage à mettre l'accent sur la coopération entre les organismes des secteurs public, privé et communautaire;
- ■ ces activités devraient faire l'objet d'évaluations lors des différentes phases de leur mise en œuvre.

UN PROGRAMME MODÈLE

Le programme *Y'a personne de parfait* a été expérimenté pour la première fois au Québec en 1988 dans le cadre d'un projet pilote mis sur pied avec la participation de cinq organismes communautaires et de quatre CLSC. Depuis ce temps, le programme a connu une rapide expansion autant au Québec qu'ailleurs au Canada.

Le programme s'inspire de principes andragogiques qui font davantage appel à la discussion et aux activités de groupe plutôt qu'à l'enseignement traditionnel de type magistral. Les animateurs sollicitent l'expérience des parents et s'efforcent d'amener chacun d'eux à participer aux discussions. Le programme vise non seulement à augmenter les éléments de savoir factuel, mais aussi de savoir-être (attitudes) et de savoir-faire (comportements).

Dans le cadre du programme, un ensemble de cinq livrets traitant des thèmes suivants est remis aux personnes participantes :

- le corps : santé physique et maladie ;
- la sécurité et la prévention des accidents ;
- le développement : santé émotionnelle et développement intellectuel ;
- le comportement et la résolution de problèmes ;
- les compétences parentales.

Programme de prévention et de promotion orienté vers le soutien à la compétence parentale, *Y'a personne de parfait* s'adresse aux parents qui ont des enfants de cinq ans ou moins et qui répondent à une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : jeunes, célibataires, à faible revenu, à faible scolarisation, isolés socialement, culturellement ou géographiquement. Une évaluation<sup>10</sup> a permis d'établir l'efficacité de ce programme et d'en dégager les conditions optimales d'application.

<sup>10</sup> Brochu, Claire, et Denhez, Louise. (1993). *Le projet-pilote québécois « Y'a personne de parfait », une intervention préventive visant à développer la compétence parentale et à briser l'isolement social*. Rapport d'évaluation présenté au MSSS du Québec.

En résumé, le rapport conclut au succès du projet pilote *Y'a personne de parfait*. L'analyse démontre clairement que le programme a été à l'origine de nombreux acquis au plan des habiletés parentales, de l'élargissement du réseau de relation et d'entraide des parents ainsi qu'au plan de la capacité des parents à se prendre en main et à consulter au besoin les ressources existantes.

La recherche démontre, autant du point de vue des données qualitatives que quantitatives, que la clientèle cible du programme *Y'a personne de parfait* a été rejointe par cette intervention, à savoir les parents dont le réseau social est très peu développé, et qui ne viennent pas chercher les services du réseau de la santé et des services sociaux et qui ont même tendance à les refuser.

Dans son *Guide d'implantation du programme*<sup>11</sup>, le MSSS insiste sur l'importance fondamentale du recrutement des parents dans le succès d'une telle intervention visant une clientèle isolée socialement.

« Un bon recrutement est un élément essentiel pour atteindre les objectifs du programme, et il faut prendre le temps d'aller chercher les jeunes parents isolés et démunis. Les parents ont été rejoints grâce à du travail de cuisine et de quartier, à des banques de noms provenant d'organismes, à des listes de naissance du territoire, à des références de curés, d'organismes communautaires et d'intervenants de la santé et des services sociaux. (...) Le contact avec les parents s'est fait par téléphone ou en personne; dans les milieux ruraux, le contact s'est fait principalement à domicile. » (Guide d'implantation du programme, 1993 : 4)

L'évaluation a également mis en évidence l'importance de la formation des animatrices dans le succès de ce type de programme. Les animatrices ont identifié des attitudes et des actions susceptibles de contribuer au succès du programme

<sup>11</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction de la promotion de la santé et du bien-être, Service des programmes aux jeunes et à leur famille, Service de soutien aux organismes communautaires (1993). *Guide d'implantation du programme de soutien à la compétence parentale « Y'a personne de parfait » pour l'année 1992-1993*.

pour l'accroissement des habiletés parentales et de l'autonomie. À chaque rencontre, les animatrices prenaient note d'une ou de quelques observations relativement à ce qu'elles avaient fait pour augmenter la capacité des parents à s'entraider et à chercher dans leur milieu le soutien dont ils avaient besoin :

- inviter les mères à agir et explorer avec elles des moyens d'action ;
- stimuler, favoriser, valider les initiatives ;
- favoriser la participation et la création du réseau social dans le groupe, par des stratégies d'animation ;
- soutenir le partage de ressources entre parents ;
- présenter des ressources et diriger des mères vers ces ressources.

#### OUTILS DISPONIBLES

##### Documents de base

- ↔ Ministère de la Santé et du Bien-être social. (1985). *Programme « Y'a personne de parfait »*. Ottawa.
- ↔ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1993). *Guide d'implantation du programme de soutien à la compétence parentale « Y'a personne de parfait » pour l'année 1992-1993*. MSSS. (disponible au MSSS)

##### Document d'évaluation

- ↔ Brochu, Claire et Denhez, Louise. (1993). *Le projet pilote québécois « Y'a personne de parfait »*. *Rapport d'évaluation présenté au MSSS* (disponible au MSSS)

ON CONSTATE UN

### ► 3.22 Valorisation du rôle du père

INTÉRÊT CROISSANT

POUR LA PROMOTION

DU RÔLE PATERNEL

DANS LE DOMAINE

DE LA PRÉVENTION.

#### Description du programme

Depuis quelques années, plusieurs recherches ont souligné l'importance du rôle du père dans le développement psychologique, social et affectif de l'enfant (voir revue de littérature de Carpentier et coll. 1991). Dans une recension des écrits portant sur les déterminants de l'implication paternelle réalisée par Turcotte (1994), cet auteur identifie deux facteurs à l'origine de l'intérêt croissant pour la promotion du rôle paternel dans l'éducation des enfants.

Le premier consiste en la reconnaissance, par un grand nombre de travaux, de l'impact positif de l'implication paternelle sur le développement des habiletés cognitives de l'enfant, de sa compétence sociale et de son identité sexuelle. Le deuxième élément catalyseur de cet intérêt est le courant de valeurs qui insiste sur l'importance d'un partage plus équitable des responsabilités parentales. On peut également ajouter que plusieurs études ont établi une relation entre l'absence du père et la présence de symptômes dépressifs, de troubles de comportement et une faible estime de soi chez l'enfant (Phares 1992; cité par Arama et Bouchard 1996).

Actuellement, la recherche sur l'engagement des pères auprès des enfants a tendance à s'élargir pour englober des préoccupations comme, entre autres, le rôle des déterminants sociaux dans l'engagement des pères (emploi, finances, etc.), l'adaptation des milieux de travail ou le vécu des pères face au congé de paternité.

Ainsi, la valorisation de l'implication des pères auprès de leurs enfants s'explique à la fois par l'émergence de nouvelles valeurs touchant la définition des rôles familiaux et par la découverte des conditions favorisant le développement optimal de l'enfant.

Selon Arama et Bouchard (1996), cette préoccupation s'est traduite ces dernières années par l'apparition d'une variété de programmes d'intervention

tant au Québec qu'au Canada anglais. Aux États-Unis, la mise sur pied de tels programmes a débuté à la fin des années 1970. Toutefois, il existe très peu de recherches nous permettant de porter un jugement sur la valeur préventive de ces interventions.

Néanmoins, une recherche québécoise a recensé les programmes d'intervention auprès des pères et analysé les facteurs pouvant contribuer au succès de ces initiatives (Arama et Bouchard 1996).

Tout d'abord, cette recherche constate une assez grande diversité des programmes d'intervention auprès des pères. Les auteurs ont regroupé ces programmes en quatre catégories :

- rencontres prénatales;
- rencontres de discussion pour pères présentant des difficultés particulières;
- rencontres de discussion thématique;
- programmes dont les activités sont orientées vers l'ensemble de la famille mais qui en comptent au moins une s'adressant spécifiquement aux pères avec leurs enfants.

La grande majorité des programmes offerts actuellement (90 % des 23 recensés) par les CLSC et les organismes communautaires peuvent être classés dans les deux premières catégories<sup>12</sup>. En ce qui concerne les programmes pour pères ayant des difficultés particulières, il peut s'agir par exemple de rencontres organisées à l'intention de pères éprouvant certains problèmes dans la supervision des enfants au plan scolaire ou de difficultés d'adaptation à la séparation ou au divorce.

Les groupes de discussion thématique abordent des questions comme la croissance et le développement des enfants, la communication et les relations père/enfant, la relation avec la conjointe, les rôles quant à l'autorité, l'affection et la discipline.

Une autre catégorie de programmes est celle permettant aux pères et à leurs enfants de participer à des activités communes. Par exemple, le CLSC Rivière-des-Prairies organise, en

<sup>12</sup> Précisons que la plupart des programmes de la catégorie « rencontres prénatales » ne sont pas conçus exclusivement pour les pères. En fait, il s'agit dans la grande majorité des cas de cours prénatals classiques à l'intérieur desquels les organisateurs ont inséré une ou deux sessions intéressant plus particulièrement les pères.

▼  
 IL EST IMPORTANT DE  
 CHERCHER À CRÉER  
 DES CONDITIONS  
 FAVORISANT LA  
 RECONNAISSANCE,  
 PAR LA MÈRE,  
 DES COMPÉTENCES  
 DU PÈRE FACE À  
 L'ÉDUCATION DES  
 ENFANTS.

- collaboration avec le Centre de l'enfance de Rivière-des-Prairies, des *Matinées*
- *enfantines* où les papas sont conviés dans les locaux de la pré-maternelle à jouer, bricoler et partager des jeux avec leur enfant.

----- Bilan des évaluations -----

- Selon Arama et Bouchard (1996: 13), « les programmes s'adressant aux pères se veulent avant tout un outil de prévention (primaire) contre le désengagement paternel ou une stratégie de promotion de l'engagement paternel, selon les hommes visés ».

- Un objectif commun à la base de l'ensemble des programmes recensés: favoriser l'implication des pères auprès de leurs enfants et rétablir les relations lorsque celles-ci sont dans un état de détérioration plus avancé.

- Selon que les programmes s'adressent aux « futurs pères » ou aux « déjà pères », certains objectifs plus définis peuvent différer. Par exemple, dans le cas des interventions s'adressant aux futurs pères, une des préoccupations centrales consiste à s'assurer que les participants soient sécurisés face « aux questionnements sur leurs habiletés, leurs capacités et leur place au sein de cet événement » (Arama et Bouchard 1996: 13). On cherche également à créer des conditions favorisant la reconnaissance, par la mère, des compétences du père face à l'éducation des enfants.

- Quant aux programmes qui tentent de rejoindre les « déjà pères », ils peuvent être conçus pour aider les pères à mieux connaître leur enfant et à vivre des expériences de jeux leur procurant un plaisir mutuel.

- Un autre objectif peut être poursuivi dans le cas des programmes s'adressant aux pères séparés ou divorcés. Il s'agit alors de prévenir une rupture de liens toujours possible entre le père et son enfant et de lui fournir certains instruments psycho-affectifs lui permettant de faire la distinction entre la relation brisée avec son ex-conjointe et les liens qui doivent évoluer de façon positive avec les enfants.

----- Facteurs de réussite -----

Plusieurs facteurs permettent de faciliter l'implantation et l'efficacité des programmes d'intervention auprès des pères. Nous verrons que certaines conditions sont jugées essentielles par les auteurs qui se sont penchés sur la question. Cet exercice s'appuie dans un premier temps sur une critique de certains aspects des programmes existants.

En ce qui concerne les difficultés menaçant la réussite de la phase d'implantation et le déroulement ultérieur du projet, Arama et Bouchard (1996) soulignent une lacune de plusieurs programmes recensés: ils tiennent très peu compte de la diversité des situations familiales ou de la place que peut occuper un autre homme que le père biologique dans la vie de l'enfant. Cette vision par trop étroite de la paternité empêche certains enfants de bénéficier d'une relation positive avec une personne susceptible de remplir adéquatement le rôle de modèle masculin.

Turcotte (1994) note de son côté l'importance de considérer l'ensemble des déterminants de la paternité: sa motivation personnelle, son entourage immédiat incluant l'interaction avec la conjointe, les enfants et le milieu de travail, la promotion du rôle paternel dans la communauté, les politiques sociales, etc. Un aspect fort peu présent dans les programmes s'adressant aux pères est l'influence des conditions de travail sur l'implication des pères. Pourtant, il s'agit là, selon plusieurs auteurs, d'un déterminant important de l'implication des pères.

▼  
 LES DIVERS PRO-  
 GRAMMES FAVORISANT  
 L'IMPLICATION DES  
 PÈRES DANS L'ÉDUCATION  
 DES ENFANTS  
 DEVRAIENT TENIR  
 COMPTE DE LA DIVERSITÉ  
 DES MODÈLES  
 FAMILIAUX.

En ce qui concerne les facteurs de réussite positifs, Arama et Bouchard (1996) indentifient les suivants :

- mettre en place un environnement de services sympathiques aux pères. Dans cette perspective, la sensibilisation des intervenants peut occuper une place fort importante;
- sensibiliser les mères au partage des rôles parentaux, c'est-à-dire les aider à s'ouvrir à la différence lorsqu'il est question d'éducation des enfants;
- déployer des efforts importants pour rejoindre un grand nombre de pères provenant des milieux les plus diversifiés;
- miser sur les forces et les intérêts des hommes dans la planification des programmes.

Toujours selon les mêmes auteurs, les concepteurs de programmes s'entendent pour dire que l'approche devrait comporter un certain nombre de caractéristiques, dont les principales sont :

- être exempte de jugement ou d'évaluation;
- avoir des objectifs réalistes;
- être à l'écoute des besoins des pères;
- recourir à l'humour, à la souplesse et au plaisir comme style d'animation;
- aborder les sujets de façon non théorique;
- susciter l'interaction dans les groupes.

## UN PROGRAMME MODELE<sup>13</sup>

Un guide à l'intention des intervenants portant sur la problématique de l'implication des pères a été réalisé par le CLSC des Patriotes en collaboration avec l'hôpital Sainte-Justine. Intitulé *Pères présents, enfants gagnants*, ce document contient un modèle d'intervention ayant pour objectif de permettre aux pères de mieux comprendre leur rôle éducatif et de se l'approprier afin d'aider leurs enfants à vivre et à réussir leur enfance ainsi que leur vie scolaire.

Le guide contient les détails concernant la planification et l'implantation d'un tel projet. Une autre partie fournit tous les principaux éléments relatifs au contenu de chacune des neuf rencontres prévues avec les pères dans le cadre de ce programme d'intervention.

L'approche préconisée s'inspire du modèle d'Artaud (savoir d'expérience et savoir théorique) et du modèle de réciprocité utilisé par plusieurs travailleurs sociaux. L'un des points forts de ce modèle est que chacun des participants est amené à comprendre qu'il peut apporter sa propre contribution au groupe et recevoir, en retour, quelque chose de la part des autres pères qui participent à l'intervention.

## OUTILS DISPONIBLES

### Document de base

- ↔ Beauchamp, Denis et Thibaudeau, Colette. (1995). *Pères présents, enfants gagnants*. Montréal. CLSC des Patriotes et hôpital Sainte-Justine. (disponible à l'hôpital Sainte-Justine et au CLSC des Patriotes)

<sup>13</sup> Bien que ce programme ait été conçu plus précisément pour les pères des enfants d'âge scolaire, il peut également s'appliquer aux pères d'enfants plus jeunes puisqu'il favorise des attitudes de communication valables, quel que soit l'âge des enfants.

### ► 3.23 Évaluation des déficiences dans l'exercice des responsabilités parentales pouvant affecter le bien-être de l'enfant : le point sur la question

Nous avons indiqué à l'amorce de notre démarche que les interventions visant à prévenir la détérioration de situations déjà problématiques devaient retenir l'attention des intervenants dans le cadre d'une stratégie préventive globale. Ces dernières années, des efforts importants ont été consentis afin de mieux outiller les intervenants dans la tâche complexe qui consiste à identifier les situations de vulnérabilité et de mettre en évidence les aspects dans lesquels les capacités parentales présentent le plus de forces ou, au contraire, de faiblesses. De tels outils sont particulièrement utiles dans le contexte de l'intervention auprès des enfants en besoin de protection. Cependant, les instruments pour supporter ces évaluations n'ont pas toujours une portée suffisamment globale et ne sont généralement pas adaptés au contexte québécois. Un programme modèle fait exception à cette règle.

#### UN PROGRAMME MODÈLE

Des chercheurs ont adapté et validé un instrument qui permet de rendre plus objective ce type d'évaluation dans le contexte québécois. Il s'agit de *L'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales (ICBE)*. Validé scientifiquement par Vézina et Bradet (1990), cet instrument est une adaptation de la grille américaine *The Child Well-Being Scales*.

Le comité est d'avis que cet instrument, s'il ne remplace pas le jugement clinique de l'intervenant, peut être utilisé comme un outil de travail qui permet de compléter les observations de la famille dans son milieu naturel faites par les professionnels.

À l'instar de Vachon (1993), nous pensons qu'au moins trois conditions sont à la base d'un usage judicieux d'un tel instrument :

- il doit être perçu comme un outil d'aide au diagnostic et à la prise de décision qui ne remplace jamais le jugement clinique ;
- son utilisation doit s'appuyer sur une formation adéquate des praticiens ;
- l'instrument devrait être utilisé dans un esprit d'expérimentation.

#### OUTILS DISPONIBLES

##### Document de base

- Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de l'Estrie. (1993). *Manuel d'utilisation et d'interprétation de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (I.C.B.E.)*. CPEJ Estrie. (disponible au CPEJ Estrie et dans les centres de documentation)

D'autres instruments de mesure ont été conçus plus spécialement pour des situations qui, même si elles sont particulières, n'en sont pas moins assez fréquentes. Il existe par exemple un instrument qui permet d'évaluer la capacité parentale des jeunes mères ou futures mères dans le but d'identifier précocement les situations susceptibles de traduire une quelconque difficulté d'adaptation.

### UN PROGRAMME MODÈLE

Le Centre Rosalie-Jetté de Montréal, centre de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation, a procédé à la validation en milieu québécois d'une grille d'évaluation de la capacité parentale et a adapté cette grille à l'intervention de première ligne. L'expérimentation de cette grille a été effectuée aux CLSC Plateau Mont-Royal et Saint-Henri. Cette grille permet d'évaluer l'adaptation à la situation de grossesse, la qualité du lien d'attachement, le potentiel de développement de la capacité parentale, la maturité du parent, etc. Il existe un document qui décrit ces instruments en plus de fournir un certain nombre de balises permettant une utilisation judicieuse de l'outil d'évaluation.

#### OUTILS DISPONIBLES

##### Document de base

- Centre Rosalie-Jetté. (1992). *L'évaluation de la capacité parentale*. Montréal. Centre Rosalie-Jetté. (disponible au Centre Rosalie-Jetté)

### 3.3 L'INTÉGRATION DE L'ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 5 ANS À UN MILIEU DE VIE STIMULANT

#### ► 3.3.1 Les programmes de stimulation et la prévention des retards de développement

##### Description du programme

**A**u Québec, on évalue à environ 10 à 15% la proportion d'enfants présentant des retards de développement. C'est la découverte d'un lien étroit entre les retards de développement de l'enfant et l'apparition ultérieure de difficultés psychosociales diverses qui a éveillé les spécialistes et les éducateurs au potentiel préventif des interventions visant à prévenir ces retards ou à en diminuer l'impact.

Nous savons maintenant que les enfants souffrant de retards globaux de développement (ou de retards dans certains aspects particuliers) risquent davantage de présenter des problèmes d'adaptation ou d'apprentissage scolaire qui, à leur tour, favorisent l'apparition des troubles de comportement à l'école et, ultimement, le décrochage scolaire (Tessier 1981), sans oublier les autres menaces au bien-être de l'enfant comme le sentiment d'échec et une faible confiance en soi (Erikson 1972).

La plupart des inadaptations psychosociales sont le résultat d'une chaîne complexe de causes qui interviennent dès la période prénatale et qui touchent divers facteurs individuels et sociaux, à partir des variables biologiques jusqu'aux aspects culturels en passant par les dimensions d'ordre psychologique ou psycho-affective.

Il est bien établi que certaines caractéristiques environnementales sont susceptibles d'influencer négativement le développement de l'enfant. Parmi ces facteurs, citons la pauvreté économique (Bouchard 1989), la monoparentalité (Kellam et coll. 1977), l'isolement social (Garbarino et Sherman 1981), le jeune

- 10 À 15% DES
- ENFANTS PRÉSENTENT
- DES RETARDS DE
- DÉVELOPPEMENT ET
- PLUSIEURS D'ENTRE
- EUX AURAIENT PU
- BÉNÉFICIER D'UNE
- INTERVENTION
- PRÉVENTIVE.

âge de la mère au premier enfant ou l'avènement d'événements stressants (Dohrenwend 1984). Certaines problématiques, comme l'abus et la négligence de même que la violence familiale, sont également susceptibles d'entraver le développement normal de l'enfant.

Le développement optimal de l'enfant dans les domaines social, affectif et moteur requiert son intégration au sein d'un milieu stimulant, aimant et protecteur. Les familles qui ne sont pas en mesure, pour diverses raisons, de fournir à l'enfant un tel milieu de croissance ont besoin d'un soutien particulier pour surmonter les difficultés qui les rendent incapables, dans plusieurs cas temporairement, de répondre adéquatement aux besoins fondamentaux de leurs enfants.

C'est pourquoi les programmes d'intervention précoce auprès de la petite enfance, qui visent au moyen d'un ensemble d'actions à stimuler le développement de l'enfant ou à prévenir la détérioration de problématiques déjà présentes, ont été élaborés puis mis en place dans un certain nombre de pays depuis environ trois décennies. Au Québec, ce type d'intervention a été développé de différentes façons par les CLSC, que ce soit en milieu de garde ou, de façon plus large, dans la communauté. Les modalités d'intervention peuvent donc varier grandement selon les milieux et l'état des ressources de la communauté.

Nous allons décrire les grandes caractéristiques de ces programmes avant de procéder à une analyse plus en profondeur de leur fonctionnement et de leur potentiel préventif. Nous procéderons en respectant l'ordre chronologique des clientèles visées, c'est-à-dire que nous débuterons notre analyse par les programmes s'adressant aux enfants de 0 à 2 ans avant d'examiner les programmes qui touchent les enfants de 2 à 5 ans.

### **Programmes de stimulation pour les enfants de moins de 2 ans**

Les programmes de stimulation s'adressant aux enfants de moins de 2 ans sont souvent conçus de façon à rejoindre à la fois les enfants et leurs parents à l'intérieur d'une démarche d'intervention conjointe. En effet, l'objectif de développement de l'enfant par son intégration à un milieu stimulant ne peut être atteint sans que les ressources parentales soient mises à profit, ce qui peut nécessiter le développement des habiletés parentales lorsque celles-ci présentent des lacunes trop importantes. Leurs activités visent autant à habiliter les parents dans les différents aspects de leur rôle éducatif qu'à fournir aux enfants des activités de stimulation sous la supervision d'éducateurs compétents.

Concrètement, ces programmes peuvent prendre des formes très diverses. Dans plusieurs cas, il s'agit de séances de stimulation réunissant plusieurs mères et leur enfant dans un centre au sein de la communauté. À ces ateliers peuvent se greffer des volets d'intervention complémentaires comme des visites à domicile qui permettent de personnaliser les apprentissages auprès des parents. D'autres modèles ne se limitent pas aux activités de stimulation et les apprentissages proposés débordent le cadre étroit de la relation parent-enfant. Il faut également noter qu'il reste encore beaucoup d'efforts à faire pour intégrer les pères dans les programmes de stimulation précoce.

### **Bilan des évaluations**

#### **L'efficacité des programmes de stimulation infantile**

Pransky (1991) rapporte plusieurs expériences intéressantes dans le domaine de la stimulation infantile précoce et du soutien au développement des habiletés parentales. Il cite notamment le *Houston Parent-Child Development Center*. L'objectif de ce programme était d'améliorer la compétence scolaire future des enfants (d'origine mexicaine), de promouvoir la compétence des parents dans l'éducation des enfants et, globalement, d'améliorer la santé mentale des familles participantes.

L'un des points forts de ce programme résidait dans sa capacité à s'adapter aux différents stades du vécu familial. Par exemple, jusqu'à l'âge d'un an, les principales activités sont des visites dans les familles qui ont pour objectif de mieux outiller les parents face aux problèmes

courants de développement des enfants, d'expérimenter l'importance des jeux et des chansons dans le développement et d'éveiller la mère aux différents états émotionnels de l'enfant.

Après l'âge d'un an, le programme se structure davantage autour d'activités de groupe au centre parent-enfant. On enseigne aux mères les principes sous-jacents au développement et à l'éducation des enfants, toujours avec la possibilité de les mettre en pratique sur place puisque ces activités se déroulent en présence de leur enfant. D'autres préoccupations s'ajoutent toutefois aux objectifs de stimulation. Par exemple, on propose aux mères des cours sur entre autres les stratégies d'achat, la santé et la sécurité à la maison.

Selon Pransky (1991), les bénéfices découlant de ce programme sont nombreux :

- moins de problèmes de comportement parmi les enfants ayant participé à l'intervention (réduction de l'agressivité négative, moins d'hyperactivité, moins de recherche d'attention négative découlant d'une carence affective);
- quatre fois moins de références à des services sociaux spécialisés par rapport aux enfants du groupe contrôle;
- modifications significatives dans le comportement des parents, notamment une plus grande affection, des attitudes moins négatives à l'endroit des enfants et plus stimulantes du point de vue éducatif.

#### Programmes québécois

Différents programmes de stimulation infantile ont été expérimentés ces dernières années au Québec. Certains d'entre eux ont donné des résultats intéressants. Par exemple, le programme *À vos marques. Soyez prêts. Partez* (Derevensky 1990) de l'Université McGill s'adressait aux enfants de 2 mois à 2 ans à qui on offrait des activités de stimulation. Les enfants ayant bénéficié du programme durant un an ont démontré des gains au niveau intellectuel. Un autre programme, le projet *Apprenti-Sage* (Piché, Roy et Couture 1992), a réussi à démontrer la supériorité du niveau de développement intellectuel des enfants participants.

#### Facteurs de réussite

Selon Johnson et Breckrenridge (1982), le succès des programmes de stimulation repose sur un certain nombre de facteurs stratégiques. Parmi ceux-ci, on peut citer entre autres :

- une intensité d'intervention suffisante que l'on peut estimer à 550 heures échelonnées sur une période de deux ans, soit environ 7 heures par semaine ou deux demi-journées (36 semaines/an);
- une participation conjointe des parents et des enfants à l'intérieur du programme;
- toutes les dimensions du programme mettent en valeur les capacités et l'autonomie des parents;
- l'intervention débute à domicile pour se déplacer ensuite vers le centre communautaire;
- le programme favorise l'implication de l'ensemble de la famille;
- le programme ne se limite pas à la relation mère-enfant. Les services de soutien aident les familles à faire face à des difficultés de la vie quotidienne comme les problèmes financiers, médicaux, éducatifs et autres;
- les activités permettent de mettre en pratique de façon précoce les interactions parent-enfant, avec un enseignement axé sur les stratégies éducatives et les habiletés liées aux fonctions de discipline, incluant une meilleure connaissance des étapes de développement de l'enfant;
- le programme est sensible aux différences culturelles qui influencent les fonctions éducatives au sein de la famille.

#### Programmes de stimulation pour les enfants âgés entre 2 et 5 ans

Si l'on considère les programmes de stimulation s'adressant au groupe d'âge 2-5 ans, on peut dire que ces activités s'inscrivent en continuité avec les programmes de stimulation précoce 0-2 ans. Ces programmes existent depuis au moins trois décennies, notamment aux États-Unis.

▼  
**LES PROGRAMMES LES PLUS EFFICACES POUR PRÉVENIR LES RETARDS DE DÉVELOPPEMENT SONT CEUX QUI COMBINENT DEUX OU TROIS TYPES D'INTERVENTION.**

- Dans ce même pays, le programme *Head Start* est l'un des plus connus, cette stratégie d'envergure nationale ayant drainé des ressources considérables depuis les premières années de son application au début de 1960. Plus de huit millions d'enfants américains âgés entre 3 et 5 ans ont bénéficié de l'une des interventions associées au programme *Head Start*. Même s'il est difficile d'établir le contenu type de ces interventions, étant donné la diversité des programmes portant l'étiquette *Head Start*, on peut néanmoins en dégager les principaux éléments communs (Lazar 1983, cité par Vitaro et coll. 1994: 61):

- ■ les interventions prennent la forme d'activités ludiques organisées de telle sorte que les enfants puissent découvrir activement le monde sur les plans sensoriel, cognitif, social et affectif;
- ■ les principaux objectifs des programmes *Head Start* sont la promotion de l'autonomie, de la confiance en soi et aux autres, du sens des responsabilités, de la capacité à résoudre des problèmes et à persévérer dans la poursuite d'une tâche;
- ■ d'autres volets sont parfois présents comme l'assistance alimentaire aux enfants, l'enseignement aux parents de notions de base concernant le développement des enfants.

- Un des reproches formulé à l'endroit de ce programme dans ses premières applications est le caractère non durable des acquis lorsque les parents ne sont pas impliqués. D'où l'importance d'intégrer les parents d'une façon ou d'une autre dans ce type d'intervention.

- Parmi les programmes de stimulation, l'intervention dite de soutien éducatif repose sur le postulat qu'il est possible de prévenir et de diminuer les retards de développement de l'enfant en lui fournissant les stimulations favorables à son épanouissement. Compte tenu du fait que la petite enfance constitue une période d'acquisition privilégiée, l'apport de stimulations appropriées durant les premières années de la vie peut influencer favorablement le niveau de développement de l'enfant.

Au Québec, les programmes de soutien éducatif sont de création assez récente. Néanmoins, certaines interventions ont été conçues et mises en application ces dernières années dans diverses régions du Québec. Les programmes qui paraissent les plus efficaces pour prévenir les retards de développement sont ceux qui combinent deux ou trois types d'intervention, par exemple les activités éducatives s'adressant aux enfants, les visites à domicile et les rencontres de groupes de parents (Hamel 1994).

#### Bilan des évaluations

Environ une centaine d'études ont évalué les diverses versions du programme *Head Start*. Nous allons nous limiter aux études de type méta-analyse qui visent à synthétiser les résultats d'un grand nombre de recherches portant sur un même programme. McKey et coll. (1985) ont passé en revue les résultats de 210 recherches portant spécialement sur les effets des programmes *Head Start*. Une autre étude réalisée par le Consortium for Longitudinal Studies (1983) a ciblé son analyse sur les douze études les plus rigoureuses sur le plan de la méthodologie.

De façon globale, les résultats du programme sont favorables tant à court qu'à long termes. Parmi les principaux effets observés, mentionnons la réduction du nombre d'enfants en classe spéciale ou doublant une année, le rehaussement des habiletés sociales, de meilleures relations avec les autres membres de la famille, une diminution de la délinquance, un recul des maternités précoces et de la précarité d'emploi.

Un programme *Head Start* ayant fait ses preuves aux États-Unis est le *High Scope Perry Preschool*. Appliqué dans l'État du Michigan dès le début des années 1960, ce programme a été évalué de façon longitudinale par Berrueta-Clement et coll. (1984), soit pendant une période s'échelonnant sur plus de quinze ans.

Les enfants, en majorité d'âge préscolaire, étaient soumis pendant un an ou deux à un programme de stimulation à raison de cinq demi-journées d'activités

▼  
**UNE CERTAINE INTENSITÉ EST NÉCESSAIRE POUR OBTENIR DES RÉSULTATS DANS LE DOMAINE DE LA STIMULATION INFANTILE.**

par semaine. Les objectifs du programme consistaient à favoriser le développement cognitif et langagier des enfants, à développer leurs habiletés sociales et comportementales, à promouvoir l'apprentissage actif ainsi que les stratégies de résolution de problèmes.

Parmi les résultats de ce programme, on peut citer les suivants :

- amélioration de la performance cognitive pendant la petite enfance;
- plus grande compétence dans les habiletés de la vie quotidienne (vers l'âge de 20 ans);
- réussite scolaire supérieure démontrée par l'amélioration de plusieurs indicateurs;
- maturité sociale et émotionnelle plus grande.

On peut ajouter à ces résultats une série d'améliorations dans les indicateurs d'inadaptation psychosociale comme la délinquance, le décrochage scolaire, le recours aux programmes d'assistance sociale.

### Facteurs de réussite

#### Facteurs de réussite associés aux programmes de stimulation (0-5 ans)

Une façon intéressante d'expliquer le succès des programmes de stimulation infantile est de recourir au concept de spirale de succès (Pransky 1991). La stimulation précoce améliore la motivation et les habiletés des enfants. Elle permet à l'enfant de développer des habiletés sociales et intellectuelles qu'il peut manifester dans les divers milieux où il évolue. Des enfants plus confiants en leurs capacités ont tendance à vouloir expérimenter de nouveaux modes d'apprentissage ou de comportement qui, à leur tour, seront de nouvelles sources de valorisation pour lui.

Pransky (1991) identifie les ingrédients clés qui permettent de mettre en branle cette fameuse spirale du succès de façon précoce chez l'enfant :

- un programme à temps partiel (une demi-journée et l'autre demi-journée peut être passée dans un service de garde) qui s'échelonne sur une période de un à deux ans;
- l'implication étroite des parents avec si possible un volet de visite à domicile où les éducateurs peuvent travailler conjointement avec les parents et les enfants;
- un leadership administratif compétent et supportant;
- un ratio maximal de 1:9 mais si possible inférieur;
- un contenu bien structuré qui permet de guider les activités;
- la mise en place d'un temps de planification et de formation pour le personnel éducatif pendant les heures de service;
- la poursuite d'une démarche évaluative continue tout au long de l'application du programme.

L'un des résultats les plus intéressants des méta-analyses sur les interventions de stimulation infantile est que c'est l'engagement des parents dans le programme qui permet le mieux de prédire les retombées que celui-ci aura à court et à long termes (Vitaro et coll. 1994:62). D'autres résultats nous permettent d'identifier certaines conditions clés dans la réussite de ces programmes :

- la présence d'un personnel d'éducateurs bien formés;
- un ratio optimal éducateurs-enfants (1:5 idéalement);
- la stabilité du personnel d'éducateurs;
- l'application du programme pendant une période de deux ans. Les programmes d'une durée inférieure, même s'ils ne sont pas à rejeter, sont définitivement moins efficaces sur le plan de la prévention.



• LA QUALITÉ D'ENGA-  
• GEMENT DES PARENTS  
• EST UN FACTEUR CLÉ  
• DANS LA RÉUSSITE  
• DES PROGRAMMES  
• DE STIMULATION.

### UN PROGRAMME MODÈLE

Un programme d'intervention précoce à plusieurs volets a pris naissance dans la région de Rimouski. Le projet intitulé *Support éducatif* est né de la concertation du CLSC de l'Estuaire, du Centre d'action bénévole de Rimouski, de l'Association des parents uniques de Rimouski, du Cégep de Rimouski et de la Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent. Le programme a été expérimenté au milieu des années 1980 puis en 1992-1993 (version remaniée du programme) auprès de 46 enfants et de leurs parents de la MRC Rimouski-Neigette.

Les objectifs du programme sont les suivants :

- stimuler le développement des enfants aux points de vue social, langagier, psychomoteur et cognitif;
- favoriser, chez les parents, l'adoption et le maintien d'attitudes éducatives favorables au développement des enfants;
- améliorer le réseau de soutien social formel et informel des parents.

Le programme comporte les trois volets indiqués précédemment, soit les activités éducatives pour les enfants (deux jours/semaine), les visites à domicile (1 visite/2 semaines) et les rencontres de groupes de parents (une dizaine). Le premier volet est offert à raison de deux journées par semaine en garderie. Les activités éducatives constituent une stimulation directe pour le développement de l'enfant en offrant à ce dernier un contexte socialisant et un modèle positif d'interaction adulte-enfant. Un bénéfice secondaire mais non négligeable de l'intervention est d'offrir un répit aux parents.

Le deuxième volet, soit les visites à domicile, permet d'assurer la continuité des activités éducatives réalisées en garderie (volet 1). Ce sont des occasions privilégiées d'échanges sur le comportement de l'enfant à la maison et à la garderie et sur diverses méthodes éducatives envisageables. Les visites à domicile permettent à l'éducatrice de réaliser des activités avec l'enfant. Ces activités sont, pour les parents, autant de suggestions de nouvelles activités à réaliser avec l'enfant. L'intervention à domicile peut amener les parents à développer une relation de confiance avec l'éducatrice.

Enfin, le volet constitué par les rencontres de parents, offre à ceux-ci la possibilité d'enrichir leur réseau de soutien social et de renforcer leur sentiment de compétence parentale. Le contenu de ces rencontres est basé sur le programme YAPP.

L'évaluation de ce programme (Hamel 1994), même s'il elle ne permet pas de tirer des conclusions sur l'effet du programme à moyen terme, n'en est pas moins favorable des points de vue suivants :

- capacité du programme de rejoindre les familles les plus vulnérables sur le plan du développement de l'enfant;
- augmentation de la confiance en soi observée chez les parents participants au programme;
- amélioration de plusieurs attitudes éducatives chez la majorité des parents.

### OUTILS DISPONIBLES

#### Document de base

→ Blais, Jacques et Hamel, Marthe. (1992). *Projet de consolidation du support éducatif*. CLSC de l'Estuaire. (disponible au CLSC de l'Estuaire)

#### Document d'évaluation

→ Hamel, Marthe. (1994). *Expérimentation et évaluation d'un programme d'intervention précoce*. Rimouski. Centre hospitalier régional de Rimouski. (disponible au Centre de santé publique de la région du Bas-Saint-Laurent)

### ► 3.32 Les services de garde comme ressource de soutien pour les familles

#### Description du programme

Il est de plus en plus reconnu que les services de garde peuvent jouer un rôle fort significatif en tant que ressource de soutien auprès des familles (Comité de la santé mentale du Québec 1983; Secrétariat à la famille 1989; Kishchuk et coll. 1994). En effet, les services de garde sont devenus aujourd'hui, pour un très grand nombre d'enfants, le milieu de vie le plus important après la famille. Compte tenu des facteurs culturels, économiques et sociaux qui bouleversent la vie des familles et les relations parents-enfants, il paraît nécessaire d'expérimenter différentes formes de soutien aux parents à travers le lieu privilégié de développement que constitue le milieu de garde. La *Politique de la santé et du bien-être* a d'ailleurs identifié les services de garde comme l'une des voies d'action prioritaires dans le soutien des rôles parentaux.

Selon Kishchuk et coll. (1994), le potentiel des services de garde en tant que ressource de soutien pour les familles serait relié à deux dimensions importantes: d'une part la qualité des services de garde et d'autre part la qualité de la relation entre le personnel et les parents. Dans la même veine, le Rapport Bouchard insistait sur le potentiel des services de garde de qualité dans une optique de prévention. Pransky (1991:68) identifie également des services de garde de qualité comme un élément essentiel de la stratégie préventive auprès des enfants et des familles.

Qu'est-ce qu'un milieu de garde de qualité? Citant *The Children's Defense Fund* (1989), Pransky (1991) définit un service de garde de qualité comme un milieu qui peut contribuer de façon positive et durable au développement des enfants qui leur sont confiés. Selon le même organisme, un service de garde de qualité comprend les éléments suivants:

- un ratio éducateur/enfant adéquat;
- un personnel d'éducateurs bien formé et compétent;
- un faible roulement du personnel;
- la présence d'enfants provenant de diverses couches sociales et économiques.

#### Les types de collaboration avec les milieux de garde

On peut distinguer les programmes de prévention en milieu de garde selon que l'intervention a comme cible prioritaire les enfants, les éducateurs ou les parents, ou encore différentes combinaisons de ces groupes. Dans le premier cas, les programmes visent surtout le renforcement des habiletés cognitives et sociales des enfants qui expérimentent, en compagnie d'un animateur, divers types d'activités propres à soutenir leur développement global.

Dans le cas où l'intervention est centrée sur les parents, il peut s'agir d'aider ces derniers à identifier leurs propres compétences afin qu'ils puissent les utiliser par la suite dans la résolution des difficultés vécues avec leur enfant. Même si nous avons identifié séparément ces deux types d'intervention (parents ou enfants), plusieurs des programmes existants en milieu de garde font appel à un dosage d'interventions auprès de ces deux clientèles.

Les interventions centrées sur les éducateurs en service de garde visent généralement l'acquisition de compétences pour améliorer la prise en charge d'enfants éprouvant des difficultés particulières. Cette catégorie d'intervention comprend les programmes s'adressant aux enfants de familles vulnérables. Nous verrons qu'il est possible d'atteindre des résultats intéressants avec certains programmes conçus spécialement dans cette optique.

Un autre objectif des programmes s'adressant aux éducateurs peut viser le développement de liens de partenariat ou de coopération avec les parents et la famille. En effet, la recherche a démontré que la qualité de la relation entre les parents et les éducateurs de la garderie pouvait influencer favorablement le niveau de stress des deux partenaires ainsi que la capacité des éducateurs à stimuler le développement de l'enfant (Powell 1987; Falardeau et Cloutier 1986).

#### Programmes s'adressant aux familles en situation de vulnérabilité

Les familles vulnérables (que ce soit en raison de facteurs socio-économiques ou psychosociaux) vivent des situations particulières qui demandent un soutien adapté et plus intensif de la part des services de garde. Comme le souligne la *Politique d'intervention en service de garde à l'intention des enfants issus de milieux défavorisés* de l'Office des services de garde à l'enfance (1992), les services de garde établis dans les milieux à forte concentration de familles vulnérables ont à faire face à des difficultés particulières étant donné la présence d'un nombre élevé d'enfants éprouvant divers types de problèmes (troubles de comportement et de langage, retards dans l'apprentissage, signes de négligence et autres).

▼  
CERTAINES INITIATIVES  
PRÉVENTIVES ONT PER-  
MIS DE S'ATTAQUER À  
L'ESSOUFLEMENT DU  
PERSONNEL DE GAR-  
DERIE ET À LA FAIBLE  
COLLABORATION DES  
PARENTS.

- De façon générale, il semble que le personnel soit mal préparé à faire face à ces situations difficiles. De plus, le soutien professionnel requis en pareil cas n'est pas toujours disponible, sans compter que le suivi des enfants référés aux garderies par les intervenants sociaux n'est pas toujours adéquat.

- En 1992, le document de l'Office des services de garde à l'enfance identifiait l'absence de programme pédagogique bien structuré et adapté aux besoins de cette clientèle ainsi que la faible collaboration des parents comme des facteurs contribuant à l'essoufflement du personnel et à l'inefficacité des interventions.
- Depuis ce temps, certaines initiatives ont permis de s'attaquer résolument à ces difficultés.

• **L'amélioration des relations entre le personnel de garde et les parents**

- Un certain nombre de stratégies ont été proposées pour améliorer et faciliter les relations entre le personnel de garderie et les parents. Dans le développement de stratégies d'intervention, on peut s'appuyer sur cinq volets identifiés par Kishchuk et coll. (1994) :

- ■ la formation du personnel;
- ■ les activités de communication entre les parents et le personnel de garderie;
- ■ l'organisation de l'environnement physique et social de la garderie;
- ■ l'éducation parentale;
- ■ l'implication des parents dans la gestion de la garderie.

- Les rares études effectuées dans le domaine tendent à montrer que ces interventions ont un impact positif sur les comportements du personnel de garderie et sur ceux des parents. Par exemple, Falardeau et Cloutier (1986) concluent que les parents ayant participé à un programme de ce genre sont plus portés à valoriser le rôle du personnel de garderie en ce qui concerne l'éducation de leur enfant. On peut également souligner une plus grande ouverture des éducateurs à l'égard des attentes des parents.

Powell (1978, 1980) a observé quant à lui un enrichissement des communications parents-éducateurs par suite de l'application d'un tel programme. En plus de communiquer plus souvent entre eux, les parents et les éducateurs de garderie ayant participé au projet ont davantage tendance à aborder des préoccupations d'ordre familial telles que le travail des parents, les problèmes familiaux et les interrelations entre ces sujets et les enfants.

## UN PROGRAMME MODÈLE

Le Service d'aide à l'enfant et son milieu (SAEM) est une de ces initiatives de nature préventive qui permet de mieux répondre, à travers les services de garde, aux besoins particuliers des enfants en situation de vulnérabilité.

Le programme SAEM a été expérimenté pour la première fois sur le territoire du CLSC La Source au début des années 1990. Compte tenu des résultats satisfaisants constatés lors de l'expérimentation, le programme a rapidement été étendu aux dix CLSC de la région de Québec. Depuis avril 1995, le déploiement provincial du programme est amorcé puisque plusieurs régions ont introduit SAEM au sein de leur programmation enfance/famille.

Le programme vise à mieux outiller les intervenants en milieu de garde et les parents face aux difficultés posées par l'éducation d'enfants âgés entre 0 et 5 ans présentant des troubles de comportement. Le programme comporte deux volets, l'un étant un service d'aide et de soutien s'adressant aux intervenants en garderie et le second conçu spécialement pour les parents.

Concernant le volet « intervenants », le programme prévoit une série de dix rencontres de perfectionnement visant les objectifs suivants :

- acquisition de connaissances spécifiques face à différents troubles de comportement ;
- apprentissage et expérimentation d'une démarche structurée d'intervention ;
- utilisation d'outils adaptés aux milieux de garde : guide d'observation, guide d'intervention, guide d'évaluation.

En ce qui concerne le volet « famille », il contient un programme de formation d'au moins trois rencontres où les parents apprennent à mieux connaître les besoins de l'enfant âgé entre 0 et 5 ans et font l'apprentissage de moyens concrets d'intervention pouvant les aider dans l'exercice de leurs rôles parentaux.

En plus de ces rencontres de groupe, le programme prévoit la possibilité d'une intervention individualisée visant à bien cerner le problème particulier d'un enfant et à concevoir une démarche structurée d'intervention faisant appel à des moyens concrets. Un suivi ponctuel ou sur demande est donc assuré par l'animateur du programme tant auprès de la famille qu'auprès des intervenants du milieu de garde.

L'approche individuelle utilisée repose sur les quatre étapes suivantes :

- refaire avec les intervenants et les parents le portrait de l'enfant avec ses forces et ses faiblesses. Identifier avec eux le comportement à modifier ;
- bien préciser les besoins de l'enfant, des parents et du milieu de garde ;
- élaborer des stratégies, des moyens concrets pour aider l'enfant en tenant compte de ses forces et limites et des particularités des milieux ;
- évaluer si le comportement a été modifié. Revoir si les besoins de l'enfant sont davantage satisfaits et réviser les stratégies et les moyens d'action s'il y a lieu.

L'évaluation du programme est en cours actuellement. On peut toutefois souligner d'ores et déjà un degré élevé de satisfaction parmi les éducateurs en milieu de garde ayant bénéficié du programme de même que chez les parents dont les enfants fréquentent ces milieux.

## OUTILS DISPONIBLES

### Document de base

↔ Cantin, Diane et Paradis, Thérèse. (1993). *Service d'aide à l'enfant et son milieu*. Québec. (disponible au CLSC La Source)

Un second programme visant à rejoindre les familles les plus vulnérables repose sur l'implication active des milieux de garde et des CLSC qui sont invités à concevoir des projets de stimulation infantile pour leurs clientèles défavorisées. Il s'agit du programme mis en place par l'Office des services de garde à l'enfance.

### UN PROGRAMME MODÈLE

L'Office des services de garde à l'enfance a mis sur pied il y a quelques années un programme visant le développement de projets expérimentaux en milieu défavorisé. Ces projets permettent de conjuguer les ressources de divers milieux d'intervention, principalement celles des CLSC et des milieux de garde participants, dans le but de créer des conditions favorables au développement des enfants et à l'exercice des rôles parentaux au sein des familles défavorisées et de leur communauté.

La mise en place d'un tel programme requiert la signature d'un protocole d'entente entre l'Office et les divers CLSC concernés, afin de délimiter les responsabilités et les rôles respectifs pour son implantation et son fonctionnement. Ce protocole prévoit, entre autres, la possibilité pour les enfants les plus démunis et vulnérables de fréquenter, à raison de deux jours par semaine, un service de garde capable de leur apporter les stimulations nécessaires à leur développement global. L'accès à ce service est facilité par la subvention pour le soutien aux familles défavorisées. Plusieurs projets prévoient également un volet parental comprenant des activités de développement des habiletés parentales.

En juin 1996, le programme existait dans 23 CLSC répartis dans neuf régions du Québec. La région ayant obtenu le plus grand nombre de projets est le Bas-Saint-Laurent avec neuf, suivie de la région de Montréal avec cinq.

Pour aider les éducateurs dans la mise en œuvre effective de leur intervention, l'Office des services de garde à l'enfance a préparé un outil de travail qui permet de compléter les programmes en vigueur dans chaque milieu. *Jouer c'est magique. Programme favorisant le développement global des enfants* comprend de multiples suggestions d'activités de stimulation et certains instruments d'observation et d'évaluation. L'approche de *Jouer c'est magique* s'inspire du fameux programme américain *High Scope Perry Preschool Project*.

### OUTILS DISPONIBLES

#### Documents de base

- ↔ Office des services de garde à l'enfance. (1992). *Politique d'intervention en service de garde à l'intention des enfants issus de milieux défavorisés*. Québec. Gouvernement du Québec. (disponible à l'Office des services de garde à l'enfance)
  
- ↔ Office des services de garde à l'enfance. (1996). *Jouer c'est magique. Programme favorisant le développement global des enfants*. Québec. Gouvernement du Québec.

Un troisième programme vise à renforcer les parents et les éducatrices dans leur rôle auprès des enfants.

### UN PROGRAMME MODÈLE

Un programme d'intervention québécois réalisé par l'Unité de santé publique de l'Hôpital général de Montréal (avec la collaboration de certains CLSC affiliés) et intitulé *La garderie comme ressource en promotion de la santé mentale* a été expérimenté puis évalué auprès de 75 éducatrices et 333 parents de garderies de Montréal au début des années 1990 (Kishchuk et coll. 1994). L'intervention visait à soutenir les éducatrices et les parents dans leurs rôles auprès des enfants, avec une préoccupation particulière pour la qualité de la relation entre ces deux partenaires éducatifs. L'intervention comprenait trois volets. Le premier consistait en une série de trois ateliers de formation, destinés aux éducatrices et responsables de garderie. Le contenu de ces ateliers était fort diversifié avec des thèmes comme le développement et l'éducation des enfants, la communication avec les parents et les enfants d'autres communautés culturelles, etc. Le second volet était constitué par une trousse d'information sur les thèmes abordés ainsi qu'un répertoire des ressources communautaires. Enfin, un service de consultation téléphonique était mis à la disposition des parents et des éducateurs.

L'évaluation du programme (Kishchuk et coll. 1994) fait état de résultats intéressants. En effet, un des effets de l'intervention est une amélioration, perçue par les éducatrices, de la qualité de la relation avec les parents. De plus, les éducatrices connaissaient mieux, après l'intervention, les différentes ressources disponibles pour aider les familles, notamment les organismes de la communauté.

L'évaluation a permis d'identifier un certain nombre de conditions favorables à la réussite de ce type d'intervention.

- impliquer plus directement les parents en prévoyant un volet qui s'adresse particulièrement à eux ;
- l'implication des parents dans la gestion de la garderie, avec comme visée la modification des structures organisationnelles pour augmenter le sentiment d'appartenance des parents et leur collaboration avec le personnel ;
- reconnaître l'influence des facteurs environnementaux plus larges, par exemple l'aménagement physique de l'espace, dans le but de favoriser la qualité des relations éducatrices/parents.

### OUTILS DISPONIBLES

#### Document de base

- ↔ Kishchuk, N., Bélanger, J., Laurendeau, M.-C., Desjardins, N. et Dray, P. (1994). *La garderie comme ressource en promotion de la santé mentale*. Montréal: Unité de santé publique de l'Hôpital général de Montréal.

### ► 3.33 Programmes de dépistage s'adressant aux enfants d'âge préscolaire

#### DÉPISTAGE PRÉSCOLAIRE DES PROBLÈMES DE DÉVELOPPEMENT

##### Description du programme

**L**e dépistage préscolaire s'adresse aux enfants âgés entre 3 et 5 ans et consiste à détecter précocement les problèmes cognitifs et comportementaux susceptibles de nuire au rendement scolaire. Plusieurs instruments de dépistage de ces difficultés ont été développés au fil des ans étant donné l'ampleur de ces problèmes dont on estime la prévalence entre 16 et 20%.

##### Bilan des évaluations

Selon Feightner (1994), les instruments de mesure susceptibles d'être utilisés à des fins de dépistage n'ont pas été suffisamment évalués sur le plan de leur efficacité à bien remplir cette fonction. Parmi les tests les plus couramment utilisés, on peut souligner la version abrégée du *Denver Developmental Screening Test* ou DDSI, qui a l'avantage d'être facile à administrer et d'être peu coûteux<sup>14</sup>. Toutefois, la faible sensibilité du test fait en sorte que la grande majorité des enfants souffrant de problèmes de développement échappent au dépistage (Feightner 1994:331). Sa capacité de détecter les problèmes de développement moins graves ou moins précis a été fortement remise en cause (Feightner 1994).

Une nouvelle version du Denver est disponible depuis quelques années (Denver-II) mais les données sur la validité de cet instrument sont encore parcellaires et ne permettent pas de porter un jugement définitif sur sa valeur (Feightner 1994).

<sup>14</sup> Le seul essai contrôlé et «randomisé» sur l'efficacité du dépistage et du traitement des problèmes de développement a été réalisé en Ontario à partir d'un échantillon important de 4761 enfants dans trois districts scolaires de la région de Niagara. Les conclusions de l'étude indiquent que le dépistage ne procure aucun avantage et risque même d'avoir pour effet d'étiqueter les enfants.

Les autres instruments de dépistage connus sont le *Developmental Indicators for the Assessment of Learning*, le *Early Screening Inventory*, le *Minneapolis Preschool Screening Instrument*, le *McCarthy Screening Test* et le *Jansky Screening Index*. Ces divers tests ont un contenu et des objectifs variés. De plus, la valeur métrologique et épidémiologique de ces instruments peut différer de façon importante selon les tests considérés. Le comité ne souhaite pas discuter les mérites et les inconvénients de chacun de ces tests puisque cela dépasserait le cadre de son mandat. Notre point de vue général est qu'il vaut mieux s'abstenir d'utiliser ces divers tests à des fins strictement de dépistage. Par contre, l'utilisation de ces tests peut faire partie d'une stratégie plus globale de suivi du développement de l'enfant en concertation avec tous les intervenants intéressés. Vue de cette façon, l'utilisation de ces instruments peut être utile pour confirmer ou compléter des observations recueillies par les divers intervenants impliqués (travailleur social, psychologue, éducateur ou autre).

Notre position rejoint celle énoncée par le *Conseil des directeurs de la santé publique* de la *Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux du Québec* dans le cadre des assises nationales de la *Commission des états généraux sur l'éducation*:

« Il est nécessaire d'offrir à tous les enfants des conditions permettant l'éveil intellectuel et le développement d'habiletés de socialisation. Le dépistage des troubles de développement des enfants au cours de la période préscolaire n'est pas l'avenue à emprunter. À notre avis, l'actualisation des recommandations du Groupe de travail pour les jeunes, en ce qui concerne la stimulation intensive des enfants de deux à quatre ans<sup>15</sup> résidant en milieu de grande vulnérabilité socio-économique, demeure la voie à suivre pour favoriser une meilleure égalité des chances, face à la réussite scolaire comme en matière de santé et de bien-être. » (Avis de santé publique 1996)

<sup>15</sup> L'importance de la stimulation des enfants doit être comprise dans une optique de continuité à travers les divers âges de l'enfance et c'est pourquoi elle doit être considérée comme tout aussi importante dans la période 0-2 ans.

- ▼
- LA CONNAISSANCE DES INDICATEURS DE RISQUE ASSOCIÉS AUX MAUVAIS TRAITEMENTS INFLIGÉS AUX ENFANTS PEUT AIDER LES CLINICIENS À PRENDRE DES DÉCISIONS CONCERNANT L'AIDE PRÉVENTIVE À FOURNIR À CES FAMILLES.
- **LE POINT SUR L'EFFICACITÉ DES EXAMENS PRÉSCOLAIRES DE ROUTINE**
  - 
  - **a. Bilan santé à trois ans**
  - L'idée d'effectuer un bilan de santé global auprès des enfants de 3 ou 4 ans repose principalement sur les deux raisons suivantes. Premièrement, les objectifs de réduction d'abus, de négligence, de violence ainsi que de troubles de comportement amènent les intervenants et les gestionnaires à rechercher des façons de reconnaître et d'intervenir précocément pour contrer ces problématiques.
  - Deuxièmement, il paraît de plus en plus important de dépister les problèmes liés au développement de l'enfant et pouvant nuire à son intégration en milieu scolaire.
  - 
  - Un comité d'experts formé dans la région de Québec pour statuer sur l'opportunité de proposer un bilan de santé global des enfants de 3 ou 4 ans<sup>16</sup> a conclu que, malgré toute l'énergie déployée dans le cadre des programmes de dépistage préscolaire, les résultats obtenus paraissent très minces. Dans le cas particulier de la prévention des mauvais traitements, le comité a conclu que les données étaient insuffisantes « pour justifier l'emploi de méthodes de dépistage afin de prévoir les cas de mauvais traitements infligés aux enfants, dans la population en général ».
  - 
  - Plutôt que de procéder à un dépistage systématique, il serait préférable de développer des interventions préventives à partir des indicateurs de risque associés aux mauvais traitements. Le comité partage cette position exprimée par les experts des CLSC de la région de Québec et du Centre de santé publique de la même région.
  -

<sup>16</sup> Comité de réflexion sur le bilan de santé global 3-4 ans de la région de Québec. (1996). Centre de santé publique de Québec.

## b. Le dépistage des troubles visuels et auditifs

Selon la *National Society for Prevention of Blindness*, la prévalence des troubles visuels nécessitant une surveillance ou un traitement chez les enfants âgés de 3 à 5 ans se situe entre 5% et 10%. Ces problèmes comprennent surtout des troubles de la réfraction (myopie, presbytie et astigmatisme), le strabisme et l'amblyopie (Comité régional (06A) de périnatalité et de petite enfance 1987).

L'amblyopie (déficit visuel unilatéral) se développe avant l'âge de 4 ans. Si elle n'est pas corrigée avant l'âge de 6 ans, elle peut devenir irréversible et conduire à une perte de la vision binoculaire. Le strabisme est la cause la plus fréquente de l'amblyopie. La prévalence de l'amblyopie atteindrait de 0,8% à 2% dans la population d'âge préscolaire (Roy, Allard et Morin 1996).

Le *Groupe canadien d'études sur l'examen médical périodique* recommande d'inclure l'identification du strabisme avant l'âge d'un an au moyen du test de l'écran et du reflet lumineux. Cette recommandation ne vise pas la mise en place d'un dépistage de masse mais plutôt l'introduction de ces tests à l'examen médical périodique.

« À l'instar du Groupe canadien d'études sur l'examen médical périodique et du U.S. Preventive Services Task Force, les directrices et directeurs généraux des régions régionales et le Conseil des directeurs de la santé publique considèrent qu'il n'est pas indiqué de dépister les problèmes visuels chez les enfants âgés de cinq ans et plus. Pour les enfants plus jeunes, ils constatent que les groupes experts recommandent aux médecins de rechercher la présence de facteurs amblyogènes chez les enfants âgés de 3 ou 4 ans qui les consultent. Toutefois, les directrices et directeurs généraux des régions régionales ne recommandent pas la mise en œuvre d'un programme de dépistage systématique des problèmes visuels pour tous les enfants âgés de 3 ou 4 ans. » Ils rappellent que des réponses documentées à plusieurs questions s'avèrent essentielles avant qu'un tel programme puisse être recommandé : outils de dépistage à privilégier, validité des outils, pourcentage de clientèle rejoint, rapport coûts-bénéfices. (Avis de Santé publique sur le dépistage des problèmes visuels chez les enfants 1997:5)

Quant au dépistage auditif, le Groupe canadien d'études sur l'examen médical périodique n'en fait pas la recommandation chez les enfants d'âge préscolaire faute de preuve de l'efficacité de ce dépistage. Cependant, il recommande d'inclure à l'examen du nourrisson, l'évaluation de l'audition en demandant aux parents s'ils ont des doutes quant à l'audition de leur enfant et en observant les réactions de l'enfant aux stimuli auditifs.

### c. Problèmes de langage<sup>17</sup>

Parmi les difficultés de développement de l'enfant, le retard de langage est fréquemment rencontré. On estime que la prévalence des troubles de la parole et du langage chez les enfants de 5 ans est de l'ordre de 10 à 15 %<sup>18</sup>. L'identification précoce des déficiences et des incapacités de la parole et du langage permet aux professionnels compétents de prendre les mesures appropriées pour en prévenir l'aggravation et limiter les conséquences sur le bien-être des personnes atteintes.

Le comité est d'avis que la prévention et la promotion dans le domaine des problèmes du langage chez les enfants sont deux stratégies d'intervention qui peuvent contribuer de façon significative à prévenir l'apparition et l'aggravation des problèmes de communication de même qu'à promouvoir les attitudes saines en cette matière. La poursuite de tels objectifs peut contribuer à favoriser le développement harmonieux des fonctions de la communication chez les enfants, une condition essentielle à leur plein épanouissement comme personne<sup>19</sup>.

<sup>17</sup> Parmi les sources d'information ayant servi à la rédaction de cette section, un document réalisé par l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, (1996). *Réflexions sur la pratique de l'orthophonie et de l'audiologie en CLSC*.

<sup>18</sup> Hamel, M. (1994). *Les retards de développement et l'intervention précoce: recension d'écrits*. Unité de santé publique, Centre hospitalier de Rimouski.

<sup>19</sup> Un nouvel outil clinique d'évaluation de la compétence parentale à stimuler le langage de l'enfant a été développé par des chercheurs et des intervenants de CLSC. L'instrument est décrit dans un document intitulé *Identification des indicateurs de la compétence parentale au niveau de la communication parent-enfant chez les parents participant au programme d'apprentissage Hanen*. On peut se le procurer en s'adressant au CLSC Gaston-Lessard.

### UN PROGRAMME MODÈLE

Un programme d'intervention auprès des parents ayant des enfants de trois ans présentant des difficultés de langage a été développé puis expérimenté par des intervenants de la région de l'Estrie au début des années 1990 (CLSC Gaston-Lessard, Département d'audiologie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et Direction de la santé publique de la région de la Montérégie).

Ce programme a comme objectif d'habiliter les parents à communiquer avec leur enfant et de stimuler le développement de leur langage. Il a été développé par le **Hanen Center** à Toronto. Les intervenants de CLSC ont dépisté les enfants éprouvant des difficultés de langage, sans autre déficit persistant, dans le cadre de leurs interventions. Le programme se réalise en groupe au CLSC, durant neuf rencontres et quatre rencontres à domicile au cours desquelles a lieu l'enregistrement vidéo de l'interaction parent-enfant. Ce modèle est susceptible de permettre une approche globale des difficultés vécues par la famille et une intervention plus large que celle de l'apprentissage du langage. Une évaluation systématique du niveau de développement de l'enfant a été réalisée avant l'intervention et six mois après.

Depuis le début de son implantation, ce programme a rejoint un total de 29 groupes de parents pour un total de 290 parents et 200 enfants. Selon les groupes, 40 à 60 % des enfants n'ont pas eu à suivre de thérapie en orthophonie après l'intervention de groupe avec les parents.

### OUTILS DISPONIBLES

#### Documents de base

↔ Weitzman, Elaine. (1992). *Apprendre à parler avec plaisir, le programme Hanen*. Toronto: Le Centre Hanen. (disponible auprès de l'éditeur: Le Centre Hanen, 252 Bloor St. W., suite 3-390, Toronto M5S 1V5)

↔ Sandford, Anne R. et Zelam, Janet G. *Profil de développement de l'enfant*. Traduction française de Learning Accomplishment Profile, éd. révisée 1981. Chapel Hill Training-Outreach Project. (disponible à la Régie régionale de l'Outaouais).

▼  
Document d'évaluation

↔ CLSC Gaston-Lessard. (1995). *Identification des indicateurs de la compétence parentale au niveau de la communication parent-enfant chez les parents participant au programme d'apprentissage Hanen*. CLSC Gaston-Lessard. (disponible au même CLSC)

### 3.4 LE DÉVELOPPEMENT ET LA CONSOLIDATION DES RESSOURCES D'AIDE NATURELLE

#### Description du programme

**D**ans une optique de prévention des problèmes psychosociaux et de santé en général, la *Politique de la santé et du bien-être* insiste sur l'importance de tenir compte de l'environnement social de l'usager et du potentiel d'entraide de son réseau de soutien. C'est pourquoi la *Politique* a retenu le soutien de l'environnement social comme l'une des stratégies privilégiées de l'amélioration de la santé et du bien-être.

« La qualité du tissu social, la force des solidarités et des réseaux d'entraide protègent les individus contre les effets cumulatifs du stress relié à des conditions difficiles. » (*Politique de la santé et du bien-être* 1992:149).

De façon générale, on considère que l'aide naturelle peut prendre deux formes, soit l'aide formelle et l'aide informelle. Selon les auteures du document *Le jeune enfant et ses parents... Une croissance et des compétences à valoriser et à soutenir* (MSSS 1995), l'aide formelle fait référence à des organismes communautaires et à des groupes d'entraide structurés. Elle se traduit par des lieux et des services gérés le plus souvent par les parents eux-mêmes, services qui peuvent prendre diverses formes et adopter des modes de fonctionnement variés.

Parmi les services de ce type, mentionnons les maisons de parents, les différentes associations et groupes d'entraide supportant les parents, les mères visiteuses, les maisons de la famille, les cuisines collectives, les comptoirs de vêtements et les haltes-garderies.

Bien qu'elles soient variées, ces ressources ont en commun le respect de la diversité des valeurs et des situations familiales.

« On y reconnaît que toutes les familles, monoparentales comme biparentales, noires comme blanches, pauvres comme riches, allophones comme francophones, ont des forces. On croit que les connaissances les plus pertinentes et les plus utiles concernant l'éducation et la socialisation des enfants se trouvent dans la communauté elle-même, auprès des voisins, des générations antérieures, dans les traditions culturelles. » (Groupe de travail pour les jeunes 1991: 99).

Elles permettent généralement d'appuyer l'affirmation des parents dans leur volonté de se doter d'un milieu de soutien à la vie familiale et de faciliter la création de liens informels entre les parents d'un même milieu brisant ainsi l'isolement vécu par certaines familles.

En ce qui concerne l'aide informelle, elle est la plupart du temps assurée par des personnes issues du milieu d'appartenance. Ces personnes sont « mises à contribution en raison de leurs connaissances, de leur expérience, de leur engagement dans la communauté, de leur disponibilité ainsi que de la souplesse de leurs interventions » (Bouchard et Moreau 1995: 13).

Les mesures visant le répit ou le dépannage des familles sont également considérées comme des interventions préventives pouvant renforcer le réseau de soutien social des parents. Le répit et le dépannage peuvent prendre diverses formes: ressources de jour offertes dans certains centres parents-enfants, maisons de la famille, services de garde en milieu familial ou d'hébergement temporaire de type léger (Bouchard et Moreau 1995: 13).

Il faut souligner l'apport considérable des intervenants CLSC, particulièrement les intervenants communautaires, à la mise sur pied des réseaux d'entraide de toutes formes. Dans certains cas, ces réseaux sont demeurés informels et dans d'autres, ils se sont transformés en organismes communautaires. On peut mentionner les nombreuses haltes-garderies, les réseaux d'échange de services entre parents (coupons de gardiennage, échange de vêtements), les réseaux d'entraide pour les mères qui allaitent, les groupes de mères au foyer. Des maisons de la famille sont même nées de certaines de ces initiatives.

## Bilan des évaluations

### Efficacité des mesures de soutien parental

Étant donné la grande variété des mesures existantes visant le soutien du réseau d'aide naturelle ainsi que la difficulté de mesurer le concept de réseau social, l'évaluation de l'impact que peut avoir un renforcement des ressources d'aide sur une problématique donnée constitue une opération fort complexe.

Malgré tout, l'efficacité préventive des approches centrées sur le soutien aux familles est de plus en plus reconnue par les travaux pertinents<sup>20</sup>. En effet, il est bien démontré que les parents comptent sur les réseaux de soutien social pour recevoir des renseignements et des conseils de même que de l'aide concrète de nature variée. Selon Wachtel (1994), la recherche a bien établi que les ressources d'aide permettent de contrebalancer le stress suscité par l'éducation des enfants, la pauvreté, la marginalité. Parmi les conséquences possibles associées à des lacunes graves dans le réseau de soutien familial, le même auteur souligne l'accroissement du risque de mauvais traitement.

La *Politique de santé et du bien-être* souligne également l'effet immunitaire du soutien social relativement à une série d'autres problématiques: « Le soutien social produit un effet immunitaire amoindrissant les symptômes provoqués par des difficultés d'adaptation à des événements stressants. Le renforcement du réseau social des personnes présente un potentiel inestimable pour la prévention des problèmes de santé et des problèmes sociaux, et notamment la violence, la négligence, le suicide et les problèmes de santé mentale. » (*Politique de la santé et du bien-être* 1992: 149).

Enfin, plusieurs auteurs (Bouchard et Moreau 1995: 13; Pransky 1991: 57), s'entendent pour affirmer que l'aide naturelle, qu'elle soit de type formel ou informel, a l'avantage de faciliter l'intervention auprès des familles peu enclines à accueillir des personnes ayant un statut professionnel.

<sup>20</sup> Pour un aperçu des approches américaines, voir Zigler, E. et Black, K.B. (1989). America's Family Support Movement: Strengths and Limitations. *American Journal of Orthopsychiatry* 59: 6-19, de même que les autres articles de ce numéro spécial de la revue. Dans le cas canadien, l'étude du Ministère des services sociaux et communautaires de l'Ontario (1990). *Better Beginnings, Better Futures: An Integrated Model of Primary Prevention of Emotional and Behavioural Problems*. Toronto. Imprimeur de la Reine, dégage une analyse intéressante du potentiel des interventions de soutien communautaire.

### ► 3.41 Centres parents-enfants (Maisons de la famille, Maisons des enfants)

Depuis quelques années, les Maisons de parents et les Maisons de la famille ont fait leur apparition au Québec. Ce modèle d'intervention communautaire présente certaines similitudes avec ce qui existe aux États-Unis sous l'appellation de *Parent Child Center*. Même si les évaluations portant sur ces centres communautaires ne sont pas légion, certaines ont été réalisées dans le contexte américain. Par exemple, dans l'État du Vermont, le *Addison County Parent Child Center*, le plus ancien en même temps que le plus important centre du genre dans cet État américain, a été évalué par des chercheurs universitaires (Meyers 1987).

Premièrement, l'évaluation conclut que ce type de ressources permet d'augmenter de façon très importante le nombre d'informations, de contacts et de services reçus par des familles qui n'auraient pu recevoir ce soutien d'une autre façon en raison de leur réticence à s'adresser aux services officiels. Le programme a également eu des effets notables sur le degré d'habilitation (« empowerment ») des parents participants tel que mesuré au moyen d'indices comme le retour aux études ou sur le marché du travail.

Le *Rapport Bouchard* (1991:99) cite une étude sur un programme de ce type réalisé dans l'État de New York. Cette évaluation (Cochran et Dean 1991) indique que les parents d'enfants d'âge préscolaire gagnent en confiance vis-à-vis d'eux mêmes, qu'ils participent davantage aux activités de la pré-maternelle et qu'il s'associent plus facilement à des réseaux sociaux de soutien.

### ► 3.42 Organisme d'entraide parentale

Il est bien connu que l'entraide par les pairs est l'un des moyens les plus efficaces pour favoriser la reconnaissance des compétences et l'appropriation de ces compétences par les parents eux-mêmes. Le *Rapport Bouchard* (1991:100) souligne l'importance, dans les stratégies de soutien familial, de mettre à profit la présence de parents plus expérimentés et plus confiants auprès de jeunes parents de façon à leur fournir une variété de modèles compatibles avec leur culture et leur mode de vie.

Le modèle de soutien familial faisant appel à la capacité d'entraide des parents entre eux paraît fort prometteur si l'on considère les résultats positifs observés jusqu'à présent avec ce type de programme. Un exemple d'une telle intervention est le projet *Parent Mutual Aid*

*Organizations in Child Welfare Demonstration* réalisé dans trois villes du sud-ouest de l'Ontario par les *Sociétés d'aide à l'enfance* de ces communautés en collaboration avec des chercheurs du *Centre d'études en bien-être social de l'Université Wilfrid-Laurier* (Cameron et coll. 1992).

Ce programme visait à établir un groupe d'entraide permanent réunissant des parents en situation de grande vulnérabilité. Il avait pour objectif de fournir aux participants, chaque semaine, des occasions variées de se réunir, une diversité de services (allant des services de répit pour les parents jusqu'aux cours de perfectionnement en passant par le soutien affectif), la possibilité de créer de nouvelles amitiés et l'opportunité d'exercer certaines responsabilités auprès des autres parents. En participant davantage aux activités de la communauté et en s'engageant dans une interaction sociale positive, les participants découvrent qu'ils peuvent donner de l'aide aux autres en plus d'en recevoir, ce qui leur permet de développer une plus grande confiance en eux-mêmes et dans les autres.

Étant donné que le calendrier des activités du groupe d'entraide n'est pas fixé au départ, son contenu se transforme au gré de l'évolution du groupe et de ses intérêts. Au début, les activités récréatives étaient prédominantes, par exemple les exercices aérobiques et l'information sur différents aspects touchant la promotion de la santé. Un programme de garderie comprenant une période d'interaction parents-enfants fournissait un répit aux parents en plus de créer une occasion d'établir des relations sociales et d'améliorer les compétences parentales. Des repas-partages hebdomadaires permettaient aux parents d'apporter leur contribution et de participer à une activité axée sur la famille. Des événements spéciaux comme un camp d'été pour les familles et les activités de financement qui y sont associées furent également organisés par les parents.

Dans l'ensemble, le projet a fait l'objet d'une évaluation positive (Cameron 1992). À partir de différents facteurs (tels que l'estime de soi, les attitudes parentales, le stress face à la vie, le recours aux services d'aide sociale), les participants au programme ont été comparés à des personnes d'un groupe témoin. D'une façon générale, des changements globaux positifs ont été observés chez les parents du groupe d'entraide, un tel profil n'ayant pas été constaté à l'intérieur du groupe témoin.

- LE SOUTIEN SOCIAL
- PRODUIT UN EFFET
- IMMUNITAIRE
- AMOINDRISSANT
- LES SYMPTÔMES
- PROVOQUÉS PAR
- DES DIFFICULTÉS
- D'ADAPTATION À
- DES ÉVÉNEMENTS
- STRESSANTS.

L'AIDE PAR LES

PAIRS PERMET DE

DÉVELOPPER UNE PLUS

GRANDE CONFIANCE

EN SOI ET DANS

LES AUTRES.

### 3.43 Soutien parental communautaire

Nous avons mentionné l'importance cruciale d'un lien étroit entre les familles et les instances de la communauté pour assurer l'efficacité préventive des activités de soutien parental. Les projets dits de soutien parental de quartier ou communautaire sont particulièrement sensibles à cette dimension puisqu'en plus d'encourager des changements positifs dans les réseaux personnels des parents impliqués, ils se donnent comme objectif complémentaire d'édifier une communauté partageant des normes et des valeurs profamiliales.

Un projet de ce genre a pris naissance à Winnipeg dans le cadre du programme de *Démonstration de la Division des subventions nationales au bien-être social* (Canada). S'inspirant du modèle développé par Garbarino dans les années 1970, le *Neighbourhood Parenting Support Project* de Winnipeg (Lugtig et Fuchs 1993) visait à développer les réseaux informels personnels et de quartier pouvant renforcer le soutien parental et à intégrer ces moyens de soutien informels aux services réguliers existants. Le programme s'adressait aux familles d'un quartier pauvre et multiculturel de Winnipeg éprouvant un syndrome de stress élevé relativement à un ensemble de facteurs communs : soucis concernant leurs compétences en tant que parents, tendances dépressives, faibles réseaux de soutien parental.

La principale innovation du projet de soutien parental de quartier a été l'introduction d'un nouveau type d'intervenant, le travailleur ou la travailleuse en soutien parental (TSP). Ce rôle a ceci de particulier qu'il permet d'établir un pont entre les deux pôles traditionnels d'intervention que sont, d'une part, l'approche individuelle axée sur l'amélioration des réseaux de soutien personnels au moyen du travail cas par cas et, d'autre part, l'approche communautaire qui vise à faciliter le changement dans les organismes sociaux locaux.

Une des tâches remplies par le travailleur en soutien parental consistait à aider les parents à dresser la cartographie de leurs réseaux sociaux personnels. Cette activité permettait de cerner les moyens de soutien parental formels et informels, les sources de stress et les lacunes dans les systèmes de soutien parental. À travers cette activité, le TSP peut guider les parents dans le domaine

de l'acquisition de compétences sociales, sur la façon de communiquer dans certaines situations, sur divers moyens d'utiliser les ressources disponibles ou de faire valoir leurs points de vue ou leurs droits.

En plus d'avoir établi des contacts directs avec des parents dans le but de développer leur réseau social personnel, le TSP a également travaillé auprès de plusieurs agents de liaison de la communauté afin d'explorer différentes façons d'offrir davantage de soutien à leurs clients. Les TSP ont d'ailleurs observé que l'exploration cognitive de la carte du réseau de soutien social n'est pas toujours suffisante et qu'elle doit parfois être complétée par l'organisation de rencontres avec des fournisseurs de services de la communauté ou des personnes significatives du quartier.

Le potentiel préventif du projet peut être considéré comme encourageant si l'on considère les résultats de l'évaluation menée par des chercheurs de l'Université du Manitoba. Au niveau microsocial, le nombre de parents participants a augmenté et s'est diversifié avec le temps. De plus, le nombre de voisins amis s'est accru, de même que le niveau de soutien affectif, les échanges de renseignements et la prestation de conseils, surtout chez les parents les plus vulnérables.

Les résultats favorables du projet ont incité les chercheurs à recommander la création d'un poste de travailleur en soutien parental dans tous les quartiers du centre-ville de Winnipeg.



UNE MAISON DE LA

FAMILLE SE DONNE

COMME PREMIER OB-

JECTIF DE MAINTENIR

OU DE RÉTABLIR LA

PARTICIPATION DES

FAMILLES À LA VIE

COMMUNAUTAIRE.

### UN PROGRAMME MODÈLE

La Maison de la famille de Berthier existe depuis 1993 dans une localité (Berthierville et ses environs) qui, depuis le début des années 1980, connaît des difficultés importantes sur les plans économique et social. Il s'agit d'un milieu de vie où les ressources d'entraide étaient relativement peu développées de sorte que le soutien social offert par la communauté n'était pas suffisant pour freiner le processus d'isolement affectant un nombre grandissant de familles.

À l'origine, le projet était donc motivé par l'urgence de freiner le processus de marginalisation sociale des familles, mécanisme par lequel des parents se coupent des différents services et deviennent de plus en plus vulnérables. C'est ainsi que la Maison de la famille s'est donné comme premier objectif de maintenir ou de rétablir la participation de ces familles à la vie communautaire. Selon les fondateurs de la Maison, cette participation était une condition nécessaire à un exercice satisfaisant de la parentalité et au développement harmonieux des enfants.

Une telle visée ne pouvait évidemment être réalisée sans la mise en place d'une étroite collaboration avec les organismes déjà présents dans le milieu qui, malgré leur implication fort active, ne parvenaient pas à contrer le processus de désorganisation sociale en cours. Ces partenaires sont un service de halte-garderie, le service de santé maternelle et infantile du CLSC d'Autray, un groupe d'entraide implanté dans la localité ainsi qu'une école du quartier. Ensemble, ces organismes ont commencé à rétablir des liens entre les parents, brisant l'isolement et favorisant l'établissement de nouvelles solidarités autour d'initiatives d'entraide et de soutien.

En complémentarité avec ses partenaires du milieu, la Maison de la famille offre une variété d'activités, entre autres : échanges sur le développement et l'éducation des enfants, suivi plus étroit des familles

vulnérables, services de répit de type halte-garderie, ateliers de stimulation pour les jeunes enfants.

De plus en plus, la Maison de la famille est perçue par les gens du milieu comme un lieu où la famille peut recevoir une réponse, peu importe la difficulté ou la situation à l'origine de la demande de soutien. En ce sens, il est sécurisant pour les parents de savoir qu'il existe dans leur entourage immédiat un endroit où ils peuvent s'adresser sans grande formalité et en toute confiance.

## Les enfants âgés entre 5 et 12 ans et leur famille

3.5

GÉNÉRALITÉS

### ► 3.5.1 Une période de transition

L'entrée à l'école représente pour l'enfant, mais aussi pour les parents, une période de transition importante. Pour l'enfant, il s'agit d'une expérience nouvelle dans la mesure où il doit s'insérer dans un cadre formel d'apprentissage et d'acquisition de connaissances avec ses règles de conduite et de fonctionnement. En même temps, il doit composer avec les nouvelles figures d'autorité que sont les professeurs et le personnel de direction tout en cherchant à créer des liens avec des enfants souvent très différents de lui.

Les besoins de l'enfant lors de cette période de vie sont multiples et complexes. L'école ou les parents ne peuvent pas toujours répondre à l'ensemble des besoins de l'enfant de cet âge: besoin d'assistance au plan scolaire, besoin d'être guidé et sécurisé dans les étapes de son cheminement, besoin d'être encouragé dans sa progression et d'être renforcé dans son sentiment de compétence sociale et scolaire, besoin de développer son autonomie, pour n'en citer que quelques-uns.

Évidemment, les expériences vécues par l'enfant à la maison ou dans son milieu ont des répercussions directes sur son fonctionnement social à l'école et sur son rendement académique. L'inverse est tout aussi vrai dans la mesure où les réussites et les échecs à l'école ont souvent des ramifications dans les autres milieux de vie de l'enfant. Prévenir les difficultés et les détecter le plus précocément possible constituent deux objectifs cruciaux du point de vue d'une stratégie préventive globale auprès des enfants et de leur famille.

À compter de l'âge de 5 ou 6 ans, l'école devient l'un des principaux milieux d'apprentissage de l'enfant. Après la maisonnée, l'école représente le lieu de développement le plus important de l'enfant entre 6 et 12 ans. Compte tenu de la place centrale qu'occupe l'école

dans notre société, la qualité du cheminement scolaire de l'enfant s'impose alors comme l'un des principaux marqueurs de son adaptation psychosociale. Des résultats positifs sur les plans académique et social laissent présager une bonne adaptation à l'âge adulte. Au contraire, des difficultés d'apprentissage et comportementales non résolues lors des premières expériences scolaires risquent de peser lourdement sur l'avenir du jeune.

D'où l'importance de développer une stratégie préventive face aux problèmes d'adaptation psychosociale au préscolaire et au primaire. Dans le passé, un grand nombre de programmes préventifs et de promotion de la santé poursuivant une grande diversité d'objectifs ont vu le jour dans le milieu scolaire. Blanchet et coll. (1993) ont compilé environ quarante programmes s'adressant aux enfants du primaire et une trentaine visant les jeunes du secondaire dans une recension des projets préventifs en santé mentale. Ils résumant ainsi la liste des objectifs préventifs et de promotion poursuivis par les auteurs de ces projets:

► «Prévenir la détresse psychologique ou les problèmes psychosociaux, dont les problèmes de comportement, le suicide, la violence, la délinquance, les problèmes de discrimination raciale, les problèmes d'adaptation scolaire (ex.: échec, absentéisme, abandon), les grossesses précoces, l'usage de substances toxiques, ainsi que différentes formes de victimisation.

► «Promouvoir un climat sain à l'école, améliorer la qualité de l'éducation, développer la communication, le comportement prosocial, la coopération et l'affiliation, favoriser l'autodiscipline, la réussite scolaire, l'estime de soi et l'adaptation aux transitions scolaires de même qu'à des événements de vie telle la séparation des parents.» (Blanchet et coll. 1993 : 50)

Pour intervenir dans ces problématiques et rejoindre les clientèles les plus vulnérables et pour développer des interventions en continuité et en intensité suffisantes, nous verrons qu'il convient de développer des stratégies particulières, avec comme fondement l'établissement du lien de confiance.

• PRÉVENIR LES DIFFI-  
•  
• CULTÉS ET LES  
•  
• DÉTECTER LE PLUS PRÉ-  
•  
• COCÉMENT POSSIBLE  
•  
• CONSTITUENT DEUX  
•  
• OBJECTIFS CRUCIAUX  
•  
• DU POINT DE VUE  
•  
• D'UNE STRATÉGIE  
•  
• PRÉVENTIVE GLOBALE.

IL FAUT DÉVELOPPER

DE NOUVELLES FORMES

DE MAILLAGE ENTRE

LES MILIEUX DE L'ÉDU-

CATION ET LES INTER-

VENANTS DE CLSC.

• **Les nouvelles réalités sociales débordent le milieu scolaire**

• Selon le *Cadre de référence Enfance-Famille-Jeunesse* de la Fédération des CLSC, le milieu scolaire a été jusqu'à ce jour le lieu privilégié d'intervention des CLSC auprès de la clientèle des enfants de 5 à 12 ans. Toutefois, les nouvelles réalités sociales et familiales favorisent un questionnement nouveau par rapport au cadre d'intervention traditionnel que constitue le lieu physique de l'école.

• En effet, la prévention primaire ou secondaire des problématiques comme les difficultés de comportement, le suicide, les comportements violents et le phénomène de la toxicomanie, pour ne nommer que les principales, débordent souvent le cadre du milieu scolaire et c'est pourquoi elles exigent la mise en place d'une stratégie globale impliquant une gamme variée d'intervenants.

• Au sujet de la violence, par exemple, le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans son mémoire à la Commission des états généraux de l'éducation, dégageait l'orientation suivante :

• « (...) le phénomène est suffisamment important dans ses effets pour nous amener à concevoir, sur ce plan, un maillage plus significatif entre les ressources de nos réseaux respectifs. Tout en maintenant notre engagement à prendre tous les moyens nécessaires au maintien des jeunes dans leur milieu naturel d'appartenance, nous sommes d'avis qu'il faudrait convenir de moyens susceptibles de faciliter et d'augmenter les collaborations entre les ressources plus spécialisées de notre réseau et celles du monde scolaire. » (Mémoire à la Commission des états généraux de l'éducation 1995: 7)

• Le comité accueille favorablement cet appel à de nouvelles formes de « maillage » entre les deux réseaux dans la mesure où ces collaborations ne se limitent pas à la seule modalité de la présence, sur une base régulière, d'un intervenant social ou santé au sein de l'école. En effet, si un tel modèle a pu répondre à un certain moment aux besoins psychosociaux particuliers des enfants éprouvant des difficultés à l'école, il en est tout autrement avec les phénomènes sociaux plus globaux qui menacent le développement des enfants

dans plusieurs milieux de vie à la fois. De tels défis exigent la mise en place de nouvelles modalités d'organisation de services et de collaboration entre les réseaux.

Le comité ne prétend pas fournir de réponses définitives en ce domaine. Cependant, nous pensons que le temps est venu d'ouvrir un questionnement sur les moyens les plus appropriés d'offrir aux enfants d'âge scolaire des milieux de vie favorables à leur plein développement, et ce, dans un contexte de transformations familiales et sociales profondes. Ce questionnement doit non seulement porter sur l'école milieu de vie, mais doit aussi englober d'autres lieux de croissance significatifs pour les enfants de 5 à 12 ans comme les centres de loisirs, les maisons des enfants et les activités diverses dans la communauté.

► **3.52 Problématiques touchant les enfants de 5 à 12 ans**

Les principales problématiques susceptibles de toucher les enfants de 5 à 12 ans sont :

- l'impact des nouvelles réalités sociales sur leur développement et sur l'exercice du rôle parental (travail des deux parents à l'extérieur ou séparation) ;
- les retards de développement qui se manifestent par des troubles d'apprentissage sur le plan scolaire ;
- les problèmes de comportement tels que :
  - l'agressivité ;
  - l'hyperactivité ;
  - le retrait social ;
  - la violence entre pairs ;
  - les premiers contacts avec l'alcool, les drogues et les questions relatives à la sexualité ;
  - les problèmes de santé tels que les maladies chroniques, les allergies sévères, les handicaps.

De façon traditionnelle, les CLSC ont joué un rôle important auprès de la clientèle des enfants de 5 à 12 ans. Selon le *Cadre de référence des CLSC*, les services aux enfants de niveau primaire recouvraient un grand nombre de responsabilités, dont plusieurs ont une portée clairement préventive :

- la conduite de diverses activités de sensibilisation et de promotion auprès des élèves et des enseignants;
- la disponibilité de services de santé et psychosociaux courants selon un horaire adapté aux besoins des enfants;
- l'identification des difficultés particulières et l'intervention intensive et continue auprès des clientèles plus vulnérables, que ce soit dans le domaine santé ou le domaine social (enfants victimes d'abus, enfants sans surveillance, avec troubles de comportement), et assurer le suivi des cas identifiés avec les partenaires concernés;
- la vérification de la couverture vaccinale;
- la consultation individuelle, familiale ou de groupe, des services d'aide ponctuelle ainsi que de la consultation téléphonique afin d'apporter du soutien aux parents;
- la dispensation de programmes visant à accroître la compétence et l'exercice du rôle parental;
- le soutien par différents moyens aux ressources communautaires répondant aux besoins des enfants en dehors de l'école, soit des milieux de vie sécuritaires et accueillants pour l'enfant, l'accès à des activités récréatives peu coûteuses, des services de garde, des centres d'écoute téléphonique pour jeunes et des services d'assistance aux leçons et aux devoirs.

Conformément au modèle de dispensation de services fondé sur la mise en place de programmes s'adressant à l'ensemble de la population avec intensification des ressources pour rejoindre les enfants et les familles plus vulnérables, nous proposons aux CLSC de développer un tronc commun de services de base de nature préventive pour répondre aux besoins des enfants de 5 à 12 ans<sup>21</sup>.

Les services offerts en CLSC contribuent à la santé et au bien-être des enfants et au soutien des parents dans l'accomplissement de leurs rôles éducatifs. Ils visent ultimement à faciliter le développement optimal de chaque enfant sur les plans cognitif et psychosocial. Ces services devraient posséder les caractéristiques suivantes :

- refléter les besoins spécifiques du milieu et de ses ressources;
- reconnaître l'importance des activités préventives et de promotion;
- s'inscrire dans un processus de continuité englobant les services offerts en milieu scolaire, ceux dispensés dans les établissements (CLSC, centres jeunesse) et dans la communauté;
- reconnaître la nécessité de développer des stratégies particulières pour rejoindre les parents les plus vulnérables. Soulignons que l'entrevue à domicile demeure une mesure tout aussi pertinente que durant la période de la petite enfance;
- reposer sur l'implication des équipes multidisciplinaires tant au niveau scolaire qu'en CLSC;
- reconnaître les compétences des parents et des enfants, et faciliter leur implication commune (lorsque possible) dans l'élaboration des plans d'intervention.

<sup>21</sup> Nous nous sommes inspirés du document *Tronc commun des activités en CLSC pour la clientèle 5-11 ans et leur famille* de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre pour définir une gamme complète de services préventifs s'adressant aux 5-12 ans et à leur famille.

L'UN DES FONDEMENTS

### 3.53 Le partenariat entre l'école, la famille et la communauté: un nouveau « maillage » à développer

DU NOUVEAU MAILLAGE

EST LA MISE EN PLACE

DE DIVERSES MODALITÉS

DE SOUTIEN ENTRE LES

SECTEURS SANTÉ ET

SERVICES SOCIAUX ET

LES MILIEUX SCOLAIRES.

Les écoles et leurs partenaires du secteur de la santé et des services sociaux, principalement les CLSC, collaborent depuis plusieurs années au développement d'innombrables activités ou projets en matière de santé et de services préventifs. Jusqu'à présent, la grande majorité des programmes de prévention s'adressant aux enfants de 6 à 12 ans ont été donnés dans le cadre du milieu scolaire. Ce véritable foisonnement de projets à l'intérieur des murs de l'école a donné l'impression que l'environnement scolaire était toujours le milieu le plus approprié pour rejoindre les jeunes de 6 à 12 ans. Toutefois, une réflexion approfondie sur ce que devrait constituer le noyau dur de la vocation de l'école a été entreprise dans le sillage des États généraux de l'éducation. Cette réflexion tend à favoriser un recentrage de l'école sur sa mission fondamentale. Non pas pour évacuer du milieu scolaire les préoccupations sociales et de santé, mais plutôt pour amorcer un questionnement sur de nouvelles façons d'assurer le « maillage » entre les deux réalités.

Le comité est d'avis que l'un des fondements de ce nouveau « maillage » devrait être la mise en place de différentes modalités de soutien que peuvent offrir les ressources du secteur de la santé et des services sociaux aux enfants d'âge scolaire et aux enseignants. À ce titre, certaines suggestions formulées par la Direction de la santé publique de la Montérégie (1996) nous apparaissent intéressantes pour relancer la discussion sur les bases que nous venons d'évoquer.

Selon le document de la Direction publique, cette nouvelle forme de collaboration entre les milieux scolaire et santé et services sociaux passe par l'identification d'objectifs rassembleurs permettant de focaliser l'action des principaux intervenants sur les tâches suivantes:

- favoriser de saines habitudes de vie par des actions qui s'appuient sur le développement des capacités personnelles et sociales;

- améliorer l'environnement physique et social par l'implication des élèves, des intervenants scolaires et de la communauté;
- adapter les services sociosanitaires et municipaux aux réalités des jeunes d'âge scolaire.

Quels sont les principes qui pourraient servir de base à cette collaboration entre les deux réseaux? Certains d'entre eux sont déjà inscrits dans l'entente MSSS/MEQ. Par exemple, la formation d'un comité conjoint réunissant les représentants du milieu scolaire et des CLSC permet de discuter des priorités d'action telles que ressenties par le milieu, de planifier des activités de prévention groupes/classes et de s'entendre sur un plan d'action conjoint annuel. Le comité est d'avis que les partenaires du milieu de l'éducation et du réseau sociosanitaire devraient dans un premier temps chercher à identifier les activités qui pourraient faire l'objet d'un soutien de la part de professionnels de la santé et des services sociaux, et notamment les intervenants de CLSC. Le document de la Direction de santé publique de la Montérégie énonce une série de besoins qui pourraient donner lieu à de telles activités de soutien de la part des intervenants CLSC:

- habiliter les intervenants dans le développement des compétences personnelles et sociales;
- aider à intégrer les sujets psychosociaux et de santé aux matières de base;
- contribuer à l'implantation de politiques scolaires saines;
- favoriser l'implication de la communauté;
- soutenir les divers partenaires dans le développement des activités parascolaires;
- apporter une contribution dans certains programmes de stimulation précoce lorsque requis;
- soutenir le développement de programmes de promotion de la santé instaurés par des intervenants scolaires.

Nous allons maintenant aborder l'analyse proprement dite des services préventifs s'adressant aux enfants âgés entre 5 et 12 ans et à leur famille. Dans un premier temps, nous présentons une classification de ces services avant d'amorcer l'analyse selon la même logique que celle utilisée pour les 0-5 ans: description du programme, bilan des évaluations et facteurs de réussite.

### Classification des services

Les services s'adressant aux enfants de 5 à 12 ans et à leur famille peuvent être regroupés en trois grandes catégories selon la clientèle particulière qu'ils visent à rejoindre : les enfants, les parents ou bien l'environnement, que ce soit à l'intérieur du milieu scolaire ou de la communauté. Pour les fins du présent travail, nous avons adopté ce regroupement même si nous sommes bien conscients que ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Ainsi, comme nous le verrons bientôt, un certain nombre de programmes s'adressent conjointement aux enfants et aux parents.

Voici les différents exemples de services préventifs que nous aborderons à l'intérieur de chacun de ces regroupements. Il convient de noter que les programmes sélectionnés ne sont pas représentatifs de l'ensemble des problématiques possibles durant la période 5-12 ans. Par exemple, dans le domaine de la promotion des saines habitudes de vie, nous avons limité notre analyse aux projets de prévention de la toxicomanie alors qu'il existe des programmes dans les domaines notamment de la sexualité et de l'alimentation pour n'en citer que deux. Cette limitation s'explique en partie par la difficulté de trouver des projets évalués dans certains domaines.

### Services orientés vers l'enfant

- Stratégies préventives axées sur l'amélioration des habiletés cognitives et psychosociales des enfants.
- Mesures visant à prévenir les difficultés découlant de situations fortement anxiogènes. L'exemple des programmes s'adressant aux enfants de parents séparés.
- Programmes de prévention touchant l'hygiène de vie, avec une insistance sur les programmes de prévention de la toxicomanie.

### Mesures s'adressant aux parents

- Implication des parents à l'école.
- Soutien aux parents pour faire face aux difficultés vécues<sup>22</sup>.

### Mesures axées sur l'environnement

- Milieu scolaire :
  - Projets visant à contrer l'intimidation à l'école.
  - Réseaux d'entraide par les pairs.
- Développement de milieux de vie sécuritaires et accueillants en dehors de l'école :
  - Exemple : une Maison de la famille.

<sup>22</sup> Ces programmes ont été traités dans la section 0-5 ans, mais leur application est tout aussi pertinente pour les 5-12 ans étant donné que les parents peuvent avoir besoin de soutien à n'importe quel moment du développement de leurs enfants.

### 3.6 PROGRAMMES DE PRÉVENTION S'ADRESSANT AUX ENFANTS

**N**ous abordons maintenant les différents types de mesures préventives qui, traditionnellement, ont été présentées en milieu scolaire. Toutefois, nous pensons que plusieurs de ces services pourraient être offerts dans d'autres milieux de vie comme aux Maisons des enfants.

La première catégorie de mesures préventives s'adressant aux enfants vise l'amélioration des habiletés cognitives et psychosociales. Cet ensemble de programmes comprend plusieurs variantes allant des stratégies de résolution de problème jusqu'à l'apprentissage des habiletés sociales en passant par la gestion du stress ou le développement de l'estime de soi.

Un deuxième bloc regroupe les mesures visant à prévenir les difficultés découlant d'événements ou de situations fortement anxiogènes comme la séparation des parents. Enfin, nous aborderons les mesures préventives en toxicomanie.

#### ► 3.61 Outiller les enfants au chapitre des compétences personnelles et sociales

##### Description du programme

###### Le rôle clé de l'estime de soi

Un grand nombre d'études ont maintes fois confirmé le rôle central de l'estime de soi sur le développement de la santé mentale des enfants et des adultes. Le concept est fréquemment utilisé pour décrire une série de caractéristiques dont l'absence est souvent reliée à la vulnérabilité émotionnelle et à des difficultés comportementales (Bourassa 1995).

Selon Bourassa (1995), la faible estime de soi est souvent associée, chez les enfants d'âge scolaire, à de piètres aptitudes scolaires, à l'indiscipline, à de mauvais résultats scolaires, à l'incapacité de faire face aux situations et de résoudre les conflits.

Partant du constat selon lequel les enfants agressifs-impulsifs éprouvent des difficultés à trouver des solutions face à un problème ou à prévoir les conséquences de leurs actions, des psychologues ont conçu dans les années 1970 une série de programmes d'entraînement aux stratégies de résolution de problèmes. Ces programmes peuvent prendre différentes formes, mais il s'agit habituellement de petits ateliers dans lesquels les enfants apprennent certaines stratégies cognitives en observant la démonstration faite par l'éducateur ou d'autres enfants modèles.

L'estime de soi et la capacité de résoudre les difficultés ou les problèmes auxquelles une personne est confrontée sont deux dimensions ayant une relation fort étroite, les deux aspects ayant la capacité de se renforcer mutuellement.

Nous examinerons dans un premier temps les programmes visant à améliorer la capacité de résolution de problèmes chez les jeunes avant d'aborder les programmes portant sur l'estime de soi.

##### A. PROGRAMMES VISANT LA CAPACITÉ DE RÉOLUTION DE PROBLÈMES

L'efficacité des programmes de résolution de problèmes ne fait pas l'unanimité si l'on considère la recherche sur ce sujet. Alors que certains programmes ont fait l'objet d'évaluations positives, d'autres ont été critiqués sévèrement du point de vue de leur capacité à assurer le transfert des stratégies visées dans la vie quotidienne de l'enfant.

Parmi les programmes connus pour leur efficacité préventive, il y a le *Interpersonal Cognitive Problem Solving Training* de Shure et Spivack (1988). Ce programme modèle primé par l'*American Psychological Association* a connu une diffusion dans plusieurs milieux scolaires des États-Unis et du Canada. Son approche repose sur l'idée que l'adaptation sociale est liée au processus de résolution de problèmes.

Selon la description qu'en ont fait Blanchet et coll. (1993:51), l'approche utilisée met l'accent sur l'observation de modèles, les jeux de rôle, la recherche de solution de rechange aux problèmes interpersonnels et le renforcement social

- ALORS QUE CERTAINS
- PROGRAMMES ONT FAIT
- L'OBJET D'ÉVALUATIONS
- POSITIVES, D'AUTRES
- ONT ÉTÉ CRITIQUÉS
- SÉVÈREMENT DU POINT
- DE VUE DE LEUR
- CAPACITÉ À ASSURER
- LE TRANSFERT DES
- STRATÉGIES DANS LA
- VIE QUOTIDIENNE DES
- ENFANTS.

d'attitudes positives comme la sensibilité au point de vue d'autrui. Le cycle intensif est appliqué quotidiennement pendant une période de quatre mois, à raison d'une vingtaine de minutes par jour. Il est donné par des professeurs formés préalablement à l'approche.

### Bilan des évaluations

Les résultats atteints par le programme de Shure et Spivack sont globalement positifs. De façon générale, les enfants qui ont participé au programme (deuxième et quatrième année) ont augmenté significativement leur habileté à résoudre des problèmes. Par ailleurs, leurs professeurs ont rapporté moins de problèmes de comportement chez ces enfants (Cowen et coll. 1989). D'autres études portant sur l'impact du programme auprès d'enfants de quatrième et cinquième année (Elias et Weissberg 1989) ont révélé une plus grande sensibilité aux sentiments des autres ainsi qu'une meilleure compréhension des conséquences des actions posées.

D'autres programmes d'entraînement aux stratégies de résolution de problème ont été évalués dans le contexte américain. Par exemple, le *Primary Mental Health Project*, qui fut appliqué pendant plusieurs années dans la région de New York. Weissberg et coll. (1983) rapportent une amélioration significative de l'adaptation scolaire pour la majorité des enfants ciblés qui, rappelons-le, présentaient des risques de mésadaptation dès le début de la fréquentation scolaire. Toutefois, des résultats plus modestes ont été rapportés dans le cas des sujets ayant des problèmes de comportement de type extériorisant.

De leur côté, Vitaro et coll. (1994:67) jugent que ces programmes ont leurs avantages mais également leurs limites. « Efficaces pour faire acquérir les stratégies, ces ateliers ne semblent pas aptes à assurer le transfert des stratégies visées dans la vie courante de l'enfant. Par conséquent, les interactions sociales quotidiennes des sujets demeurent inchangées. » (Vitaro 1993:67)

### Les programmes d'entraînement aux habiletés sociales

Certains programmes se donnent comme principal objectif d'enseigner aux enfants des habiletés sociales précises qui permettent de construire leur compétence sociale. Selon cette approche, les enfants qui manifestent des comportements antisociaux, agressifs et d'insubordination n'ont pas développé suffisamment les habiletés intra et interpersonnelles leur permettant de fonctionner de façon optimale. Plusieurs études tendent à indiquer que les enfants

éprouvant divers problèmes comme l'agressivité incontrôlée ou le rejet par les pairs peuvent améliorer leur degré d'adaptation s'ils font des progrès au plan de la compétence sociale (Rotheram-Borus 1988).

Michelson et coll. (1983) ont développé un programme qui tente d'enseigner ces habiletés sociales aux enfants selon une approche étape par étape. Le *Behavioral Social Skills Training program (BSST)* utilise diverses stratégies comme les jeux de rôles, le feedback, le renforcement et la présentation de modèles d'habiletés sociales à travers la mise en scène de différentes situations susceptibles de faire problème.

Ce type d'approche favorise l'expression des enfants selon des modes respectueux pour les sentiments et les droits d'autrui. Les animateurs enseignent également aux enfants les mécanismes d'auto-contrôle comme moyens de re canaliser positivement l'expression de sentiments de colère et d'hostilité ou de comportements agressifs.

L'application de ce programme auprès d'une clientèle de jeunes de 8 à 12 ans aux prises avec des troubles sévères a donné des résultats intéressants selon les données rapportées par Pransky (1991). L'évaluation a comparé les enfants du groupe ayant été soumis à l'intervention *BSST* aux enfants de deux autres groupes, l'un étant un groupe inclus dans un programme différent, le *Cognitive Problem Solving Approach* et le second un groupe contrôle.

Après un an, les enfants des deux groupes expérimentaux présentaient un meilleur profil d'adaptation et moins de problèmes comportementaux à la maison et à l'école que les enfants du groupe contrôle. Toutefois, il faut souligner que la persistance des effets ainsi que leur généralisation à des clientèles plus variées exigent la présence de certaines conditions clés.

### Facteurs de réussite

- le programme doit enseigner aux enfants une variété de réponses possibles aux situations auxquelles ils sont confrontés;
- il doit également faire des liens appropriés entre les habiletés enseignées et les situations de la vie de tous les jours;
- il aurait avantage à utiliser les pairs dans le processus d'entraînement.

La revue des deux programmes précédents nous indiquent que ceux-ci possèdent une certaine efficacité préventive dans la mesure où ils permettent de mieux outiller les enfants pour faire face aux exigences de la vie en société. Toutefois, il convient de faire remarquer avec Vitaro et coll. (1994) que ces programmes (résolution de problèmes, entraînement aux habiletés sociales manifestes) ont une lacune évidente: « Les programmes ont par ailleurs fait preuve d'une efficacité limitée eu égard au maintien et à la généralisation des changements de comportement. » (Vitaro et coll. 1994:80)

#### B. PROGRAMMES AXÉS SUR LA GESTION DU STRESS ET LE DÉVELOPPEMENT DE L'ESTIME DE SOI

Ces dernières années, d'autres types de programmes ont été créés pour aider les jeunes d'âge primaire à développer certaines habiletés psychologiques et sociales nécessaires à la réussite de leur adaptation scolaire ou bien pour renforcer certains aspects importants de leur personnalité en devenir. Les programmes de gestion du stress ainsi que les programmes favorisant le renforcement de l'estime de soi sont deux exemples de cette nouvelle vague de stratégies préventives qui connaît actuellement un certain essor au Québec.

#### Bilan des évaluations

Il est difficile de se prononcer actuellement sur l'efficacité de ces programmes puisque peu d'évaluations complètes se sont penchées jusqu'à ce jour sur la capacité de ces approches de prévenir différents troubles d'adaptation psychosociale. Néanmoins, le comité est d'avis que certains instruments d'intervention mettant de l'avant ce type d'approche peuvent être utiles lorsqu'ils sont bien conçus et qu'ils ont été appliqués dans une gamme variée de milieux.

#### UN PROGRAMME MODÈLE

L'un de ces outils est le programme *Harmonie*, un instrument mis au point par des intervenants du CLSC Jean-Olivier-Chénier et qui vise à améliorer la qualité de vie des enfants à l'école par des exercices de relaxation et des activités leur apprenant à gérer leur stress, à le canaliser positivement pour vivre mieux et en santé.

Le programme *Harmonie* vise à créer une atmosphère plus calme dans la classe, ce qui à son tour favorise un niveau de concentration et des résultats académiques améliorés pour l'élève.

Selon ses concepteurs, le programme *Harmonie* dépasse de beaucoup ces objectifs de base. Il permet d'instaurer chez l'enfant un processus de santé globale et de prévention par une meilleure connaissance du stress et de ses effets ainsi qu'un entraînement aux techniques de la gestion du stress.

Le programme *Harmonie* est constitué d'un document de référence complété par sept cahiers d'activités s'adressant à chacun des niveaux scolaires de la maternelle à la sixième année. Un guide d'activités complète l'instrumentation et est disponible pour chacun des niveaux.

L'instrument contient une annexe présentant une série d'activités à expérimenter dans des domaines connexes à la détente: le yoga, la visualisation, les arts et la détente, la méditation, etc. En fonction des affinités qu'il ressent à l'égard de certaines de ces activités, l'intervenant peut les intégrer au programme si les enfants et lui-même souhaitent aller plus loin dans l'exploration de ces stratégies visant à expérimenter les différents apprentissages sur le chemin de la croissance personnelle et sociale.

Une évaluation de l'impact préventif du programme *Harmonie* a été effectuée en 1992. Cette étude (Vallée 1992) a permis de constater que la réalisation du programme avait eu pour effet d'améliorer l'atmosphère générale dans les classes et conséquemment dans l'école. Les résultats montrent que les enfants sont plus calmes, plus attentifs, plus sociables. Elle indique également une diminution de certaines manifestations de stress comme l'insomnie, les peurs, les inquiétudes de toutes sortes.

## OUTILS DISPONIBLES

### Document de base

- ↔ Lavoie, Sylvie. (1991). *Programme Harmonie*. CLSC Jean-Olivier-Chénier. (disponible au CLSC Jean-Olivier-Chénier)

### Évaluation du programme

- ↔ Vallée, Linda. (1992). *Évaluation du Programme Harmonie*. CLSC Jean-Olivier-Chénier. (disponible au CLSC Jean-Olivier-Chénier)

Les programmes de développement de l'estime de soi ont connu ces dernières années une popularité grandissante dans plusieurs régions du Québec. Même si les évaluations de tels programmes ne sont pas encore très nombreuses, il en existe néanmoins quelques-unes qui permettent de porter un jugement sur l'efficacité de ces interventions. Voici un exemple de programme visant le développement de l'estime de soi et dont les effets semblent intéressants.

## UN PROGRAMME MODÈLE

Le programme intitulé *Comment développer l'estime de soi* s'adresse aux enfants du primaire. Il a été expérimenté puis évalué auprès d'élèves qui fréquentent l'école primaire, de la première à la sixième année, dans la région de Montréal. Le programme comprend des activités structurées (fiches d'activités à compléter, jeux de rôle, projets de groupe, etc.) sélectionnées pour leur capacité à développer la sécurité psychologique, les sentiments d'identité, d'appartenance, de compétence scolaire et de compétence sociale des jeunes. Les parents et les enseignants sont également invités à réaliser certaines activités.

L'évaluation (Ayotte 1995) a montré que les élèves et les enseignants ont manifesté un degré élevé de satisfaction en regard des activités du programme. D'autre part, les principaux objectifs du programme ont été atteints, à savoir une amélioration significative du concept de soi global et de ses diverses composantes prises individuellement (facette académique, apparence physique, relations avec les pairs, etc.) chez les enfants du groupe expérimental. Il appert que les activités du programme auraient réduit l'anxiété des enfants et amélioré la motivation des élèves en renforçant leurs attitudes et leurs comportements positifs.

Un programme similaire mais adapté aux besoins des jeunes du secondaire est actuellement en développement à la Direction de la santé publique de Montréal. Il s'intitule *Le développement du concept de soi, des habiletés à résoudre les problèmes et du soutien social chez les jeunes du milieu scolaire secondaire*.

• • •

Un second instrument a été conçu par des intervenantes de l'hôpital Sainte-Justine de Montréal. Intitulé *Comment développer l'estime de soi de nos enfants*, cet



d'auto-régulation chez les enfants, d'autre part, étaient associées à la présence et à la persévérance des problèmes d'agressivité et de turbulence chez les enfants.» (Capuano, Vitaro, Tremblay, Verlaan 1995)

Le volet parental consistait à offrir, sur une période de deux ans, un entraînement aux habiletés parentales par l'entremise d'un professionnel qui se rendait à leur domicile environ une fois par mois. Pendant ce temps, les enfants bénéficiaient d'une série d'activités d'apprentissage aux habiletés sociales animées par les professionnels de l'école et offerts sur l'heure du midi ou après la classe de l'après-midi. Ces activités se déroulaient en petits groupes de 4 à 6 enfants.

L'évaluation de l'efficacité de ce programme indique des résultats fort impressionnants, autant à court qu'à moyen termes.

« Les résultats à court terme de ce programme ont montré qu'il a été possible d'améliorer leur répertoire d'habiletés sociales, de réduire leurs conduites agressives et d'atténuer leurs difficultés scolaires (du moins jusqu'à la fin du primaire) si on intervient au début de la période de scolarisation (Tremblay, Vitaro, Bertrand, LeBlanc, Beauchesne, Boileau et David 1992; Vitaro et Tremblay 1994). À moyen terme, les résultats aux chapitres de la délinquance et de la consommation de psychotropes se sont avérés positifs (Tremblay, Kurtz, Masse, Vitaro et Pihl 1995) » (Capuano et coll. 1995)

On peut ajouter que les garçons soumis au programme préventif manifestent moins de problèmes d'adaptation sociale et scolaire à la fin du primaire que ceux du groupe contrôle (Capuano et coll. 1995). Ils fréquentent moins d'amis déviants et leurs parents exercent une meilleure supervision parentale.

Ces résultats encourageants ont conduit le *Centre de psycho-éducation du Québec*, en collaboration avec les chercheurs, à adapter le contenu du programme aux enfants des maternelles 4 ans et 5 ans. Les partenaires du programme offrent aux milieux scolaires l'occasion de former des professionnels et des enseignants en vue de l'implantation et de l'animation de ce projet de prévention qui s'adresse principalement aux enfants à risque de développer des difficultés sérieuses d'adaptation durant leur parcours scolaire.

#### IL EST POSSIBLE D'OBTENIR DES RÉSULTATS IMPRESSIONNANTS AVEC LES ENFANTS AGRESSIFS ET TURBULENTS À LA MATERNELLE.

Des documents d'accompagnement ont été préparés pour soutenir les parents et les animateurs. Ces instruments s'inspirent de l'approche développée par Elaine Blechman (1985) dans son livre *Solving Child Behavior Problems at School and at Home*. Cet ouvrage traite des différents problèmes rencontrés par la majorité des parents dans leurs relations avec leurs enfants, que ce soit rangement des effets personnels, couchers, respect des consignes, crises de colère, disputes entre les enfants, comportements agressifs et comportements intériorisés tels que tristesse, solitude, peurs. L'approche exposée par Blechman suggère en fait une série de moyens visant à réduire les conflits entre les membres de la famille, à développer leur habileté à résoudre les problèmes et à améliorer leur capacité à communiquer.

Une vingtaine de commissions scolaires sur le territoire québécois ont commencé à utiliser la version adaptée du programme de prévention auprès des enfants de pré-maternelle 4 ans et de maternelle 5 ans. Au moyen d'un processus de recherche-intervention continue, les chercheurs poursuivent une démarche d'évaluation à court et à moyen termes qui permettra d'améliorer le programme et de faire progresser les connaissances sur le sujet.

#### OUTILS DISPONIBLES

##### Document de base

↔ Centre de psycho-éducation du Québec (en coll. avec Tremblay, R.E.). (1992). *Vers une meilleure adaptation scolaire des enfants en milieux défavorisés, programme de promotion des comportements sociaux au préscolaire*. Montréal. Centre de psycho-éducation. (disponible au Centre de psycho-éducation du Québec)

### Facteurs de réussite

La recension des écrits sur les programmes de prévention visant l'amélioration des stratégies de résolution de problème ou l'entraînement aux habiletés sociales nous a permis de souligner les forces et les faiblesses de ces interventions du point de vue de leur efficacité préventive. Dans le but de faciliter l'utilisation optimale de ces interventions, nous allons maintenant tenter de dégager les facteurs qui sont susceptibles de favoriser la réussite de ce type de programmes. Ces facteurs sont une synthèse des analyses conduites par Blanchet et coll. (1993:51) et par Vitaro et coll. (1994):

- au primaire, les effets de tels programmes sont liés à leur durée et à leur intensité. S'ils sont appliqués sur une période inférieure à quatre mois, les effets sont plus limités;
- les effets sont amplifiés si les enfants ont l'opportunité de pratiquer les habiletés enseignées à l'école à d'autres moments et dans des contextes différents;
- la qualité de la formation, de la supervision et de la consultation offerte aux professeurs est un déterminant important de la qualité du programme et de son niveau d'efficacité;
- les programmes de prévention s'adressant aux enfants d'âge scolaire les plus efficaces sont ceux qui comportent plusieurs modalités d'intervention puisque les mêmes enfants risquent souvent d'éprouver de façon concomitante plusieurs problèmes d'adaptation sociale.

Les résultats intéressants obtenus au moyen de l'approche intégrant des volets d'intervention multiples (Tremblay et coll. 1992) permettent également de tirer des conclusions positives quant à la capacité de ces programmes de modifier la trajectoire développementale des garçons identifiés comme agressifs-turbulents au préscolaire. Ces résultats suggèrent donc fortement:

- de débiter l'intervention à la pré-maternelle ou à la maternelle, au moment même où les enfants sont identifiés comme ayant des problèmes de comportement.

### ► 3.62 Programmes de prévention s'adressant aux enfants de parents séparés

#### Description du programme

La séparation ou le divorce des parents constitue pour un enfant une expérience très difficile à vivre psychologiquement. Tellement difficile que plusieurs jeunes ne peuvent y faire face sans qu'il s'ensuive des problèmes d'adaptation autant à la maison qu'à l'école. Toutefois, il est possible de faire en sorte que ces difficultés soient réduites au minimum ou du moins résolues avant qu'elles ne s'aggravent et ne menacent l'équilibre psychologique de l'enfant.

On sait que le sentiment initial découlant d'une séparation en est un de perte et de colère. L'étude de l'impact de la séparation des parents sur le bien-être psychologique des enfants a aussi montré que les enfants, particulièrement ceux âgés de 6 à 12 ans, développent des sentiments de culpabilité et se sentent différents des autres jeunes (Kurdek et Siesky 1980). Les recherches montrent également que ces difficultés interfèrent souvent avec le fonctionnement de l'enfant en milieu scolaire (Drapeau 1989; Bisnaire, Firestone et Rynard 1990). Bien que les études longitudinales sur des cohortes d'enfants de parents séparés ne soient pas légion, certaines recherches laissent croire qu'il y aurait un surcroît de difficultés d'adaptation parmi les enfants de familles réorganisées comparativement aux familles intactes (Pedro-Carroll 1990), même après huit années de séparation.

Selon Drapeau et coll. (1993), il est possible d'identifier un certain nombre de facteurs personnels, familiaux et situationnels qui peuvent influencer l'ampleur et la durée des difficultés découlant de la rupture familiale. On peut citer parmi ces facteurs les habiletés de l'enfant dans la résolution de problèmes, son estime de soi, la présence d'un réseau de soutien social auprès de l'enfant.

L'identification de ces facteurs de « protection » contre les difficultés d'adaptation ont inspiré les cliniciens et les chercheurs en quête de mesures de prévention s'adressant aux enfants de parents séparés.

- PLUSIEURS INDICATEURS
- PERMETTENT DE
- SIGNALER LE RISQUE
- DE PROBLÈMES
- D'ADAPTATION CHEZ
- DES ENFANTS VIVANT
- UNE RUPTURE FAMILIALE.

Selon Drapeau et coll. (1993), des efforts considérables ont été consentis depuis quelques années pour développer et mettre en place des programmes d'intervention visant à prévenir les problèmes d'adaptation des enfants ayant vécu des réorganisations familiales. Selon ces mêmes auteurs, les objectifs généralement visés par ces programmes consistent à :

- aider les enfants à identifier les sentiments ressentis;
- leur permettre d'exprimer leurs émotions négatives face à l'événement;
- les aider à résoudre des problèmes interpersonnels reliés à la situation familiale;
- explorer différents scénarios de réorganisation familiale.

Il s'agit généralement de programmes s'adressant aux jeunes d'âge scolaire, plus particulièrement aux jeunes du deuxième cycle du primaire. Ces programmes prennent souvent la forme de groupes de soutien à l'intérieur desquels les enfants vivent des ateliers structurés pendant un nombre limité de semaines.

### Bilan des évaluations

La recension des écrits réalisée par Drapeau et coll. (1993) ainsi que l'étude de Mireault et coll. (1991) tendent à montrer que ces programmes de prévention sont efficaces, bien qu'il soit difficile d'identifier les aspects de l'ajustement de l'enfant qui sont susceptibles d'être influencés par l'intervention. Cependant, il semblerait que le niveau d'anxiété soit moindre après l'intervention et que la compétence scolaire soit améliorée.

### Facteurs de réussite

La recherche de Drapeau et coll. (1993) a permis d'identifier un certain nombre de facteurs importants susceptibles d'augmenter les chances de réussite de ce type d'intervention préventive. Il s'agit des conditions suivantes :

- l'implication des parents dans le programme est essentielle à l'efficacité de l'intervention;
- les programmes devraient être co-animés, idéalement par un homme et une femme (incluant au moins un intervenant possédant plusieurs années d'expérience d'animation auprès des enfants);
- les groupes devraient être constitués au maximum de huit à dix enfants;
- la présence d'un intervenant de l'école est essentielle pour assurer un suivi aux enfants<sup>23</sup>;
- il importe de demeurer conscient de tous les impacts possibles de ce type d'intervention, notamment des perturbations à court terme. C'est pourquoi il est suggéré de porter une attention particulière aux enfants et à leurs parents entre les sessions proprement dites du programme;
- les enfants présentant des problèmes de comportement extériorisés à un degré sévère ne devraient pas être inclus dans de tels groupes. Dans leur cas, un suivi individuel ou familial semble plus approprié.

<sup>23</sup> Plusieurs programmes de ce type sont appliqués en CLSC avec comme principale cible, au départ, les parents séparés ou divorcés qui vivent des difficultés avec leurs enfants à la suite de l'événement. Ces programmes peuvent offrir une intéressante complémentarité avec ceux offerts en milieu scolaire.

## UN PROGRAMME MODÈLE

Le programme *Entramis* a été expérimenté dans neuf écoles de la région de Québec au début des années 1990. Il s'agit d'un programme adapté à partir de l'approche développée par Pedro-Carrol (1985) et intitulée *Children of Divorce Intervention Program*.

Le contenu du programme *Entramis* recoupe quatre thèmes : identification des sentiments, résolution de problèmes, expression de la colère, nouvelles familles. Chacun des thèmes est abordé à l'intérieur de deux ou trois sessions dans lesquelles les enfants sont invités à réaliser différentes activités (jeux de rôle, discussion, jeu de l'expert et visionnement de vidéos éducatifs portant sur différents aspects de la rupture familiale).

L'évaluation de l'impact du programme (Drapeau et coll. 1993) a mis en lumière divers résultats permettant de croire en l'efficacité de l'intervention. Un des principaux effets du programme est de briser l'isolement des enfants qui, souvent, ne parlent pas des bouleversements qu'ils vivent. Les parents observent des changements dans le comportement des enfants après l'intervention. En effet, les jeunes en ressortent généralement plus calmes et sont en mesure de s'exprimer plus clairement et plus facilement.

Selon Drapeau et coll. (1993), diverses retombées de l'intervention, par exemple l'amélioration de la capacité d'apporter une solution jugée adéquate à un problème relié à la séparation des parents, permettent de croire que les enfants participants sont mieux outillés pour affronter non seulement les conséquences de la séparation mais aussi d'autres difficultés de la vie auxquelles ils pourraient être confrontés.

## OUTILS DISPONIBLES

### Document de base

↔ Mireault, G., Lapointe, J., Fafard A., Drapeau, S. et Cloutier, R. *Entramis. Guide d'animation*. Département de santé communautaire. Hôpital de l'Enfant-Jésus. (disponible dans les centres de documentation spécialisés)

### Document d'évaluation

↔ Drapeau, S., Mireault, G., Cloutier, R., Champoux, L. et Samson C. (1993). *Évaluation d'un programme d'intervention préventive s'adressant aux enfants de parents séparés : le programme Entramis*. Centre de recherche sur les services communautaires. Université Laval. (disponible au CRSC, U.Laval)

### UN PROGRAMME MODÈLE

Le programme *Les familles d'aujourd'hui* est un projet d'intervention psychosociale destiné aux enfants des troisième et quatrième année du primaire. Développé par des intervenants du CLSC Montréal-Nord et du Service de l'éducation des adultes de la CECM, ce programme à multiples volets comporte des rencontres de classe, la mise en place de groupes de soutien et l'organisation de rencontres individuelles pour les enfants ayant vécu des ruptures ou des recompositions familiales.

Jusqu'à présent, le programme a été appliqué dans cinq écoles primaires de Montréal-Nord. L'expérience totalise 38 groupes/classe, 27 groupes de soutien (enfants) et 14 groupes de soutien (parents). Parallèlement aux interventions dans les écoles, 14 groupes d'adolescents et 14 autres groupes de parents ont été organisés dans la même perspective au CLSC Montréal-Nord.

Parmi les objectifs du programme, il faut citer la promotion de la communication parents-enfants (encourager les enfants à communiquer leurs questionnements et leurs sentiments à leurs parents), briser l'isolement des enfants qui traversent, en silence, un réajustement familial important et, si nécessaire, les aider à développer une image plus positive d'eux-mêmes, prévenir ou aider à surmonter le sentiment de culpabilité qui émerge souvent de la séparation des parents.

#### OUTILS DISPONIBLES

##### Document de base

✦ Giguère, René. (1996). *Les familles d'aujourd'hui. Programme d'intervention psychosociale destiné aux enfants des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année du cycle élémentaire*. CLSC Montréal-Nord et Résidence Paul Lizotte. (disponible au CLSC Montréal-Nord)

### ► 3.63 Promotion de saines habitudes de vie et « responsabilisation » des enfants

On connaît depuis longtemps les effets du tabagisme, de la mauvaise alimentation, du manque d'activité physique et de certains comportements sexuels sur la santé et le bien-être. Ce que l'on oublie parfois, c'est que la promotion de saines habitudes de vie devrait commencer dès la petite enfance. Par exemple, il a été observé que l'on commence de plus en plus tôt à fumer au Québec et qu'il faut en conséquence encourager les programmes de prévention et de sensibilisation auprès des jeunes d'âge scolaire. De même, il est de plus en plus reconnu qu'une bonne alimentation, dès la naissance, protège mieux l'individu contre le stress, les infections et leurs conséquences. D'où l'importance de favoriser la disponibilité d'aliments sains dans les lieux publics comme la garderie et l'école (Politique de la santé et du bien-être 1994: 139).

L'alcoolisme et l'usage abusif des psychotropes est un autre domaine où l'importance de l'intervention précoce est de plus en plus reconnue. En toxicomanie, la prévention interpelle plusieurs acteurs, notamment le réseau socio-sanitaire, le milieu scolaire, les ressources communautaires et le secteur de la sécurité publique. Depuis quelques années, des efforts ont été accomplis en prévention et en promotion de la santé. Cette préoccupation d'intervenir précocement en toxicomanie s'est développée récemment et il existe relativement peu de programmes systématiques ayant été évalués rigoureusement. Toutefois, il est possible de trouver dans la littérature des points de convergence quant aux éléments importants à considérer pour favoriser l'efficacité de tels programmes.

#### LA PRÉVENTION DE LA TOXICOMANIE : VAUT MIEUX INTERVENIR PRÉCOCÉMENT

##### Description du programme

**L**es effets néfastes de la toxicomanie sur le développement du jeune sont bien connus. Plusieurs auteurs considèrent que la toxicomanie peut provoquer une désorganisation générale des habitudes de vie du jeune et, en ce sens, devenir une menace pour l'équilibre mental de l'adolescent. Cette menace peut prendre deux formes complémentaires selon qu'elle amplifie les problèmes déjà existants ou qu'elle en crée de nouveaux. Parmi les facteurs



### La prévention dans le domaine de la toxicomanie

Selon Tobler (1986), on peut regrouper les programmes de prévention de la toxicomanie en cinq catégories selon la nature des stratégies utilisées :

- la transmission de l'information et des connaissances ;
- les stratégies affectives ;
- la combinaison des deux premières approches ;
- le rôle des pairs ;
- les approches alternatives.

Sans passer en revue chacune de ces catégories, nous allons tenter d'identifier les stratégies les plus prometteuses en ce qui concerne l'efficacité préventive. Pour ce faire, nous allons nous référer principalement à la revue des écrits réalisée par Vitaro et coll. (1994).

### Bilan des évaluations

#### Prévention précoce : rappel de son efficacité

Les problèmes d'attachement parent-enfant et leurs effets néfastes sur le développement ultérieur de l'enfant semblent constituer un facteur significatif dans la genèse des problèmes de toxicomanie. Ainsi, on peut penser que des programmes d'intervention précoce dès la petite enfance agissant sur certains des déterminants clés sont susceptibles d'avoir des effets positifs sur l'usage des psychotropes au début de l'adolescence. Le programme de prévention des difficultés d'adaptation psychosociale au préscolaire et au primaire discuté précédemment (Capuano et coll. 1995) a d'ailleurs permis de diminuer la délinquance et la consommation de psychotropes.

#### Programmes d'information et de sensibilisation

Les premiers programmes de prévention en matière de toxicomanie étaient surtout orientés vers la transmission de connaissances sur les dangers et les conséquences néfastes de l'usage des drogues. Les évaluations portant sur ce type de programme éducatif tendent à montrer que ces interventions permettent d'accroître les connaissances sans toutefois avoir d'impact significatif sur la modification des comportements (Bangert-Drowns 1988, cité par Vitaro et coll. 1994).

Il ne semble pas non plus que les approches combinant l'information aux stratégies affectives soient efficaces pour prévenir la consommation de psychotropes (Tobler 1986).

### Programmes à volets multiples

Selon Vitaro et coll. (1994), les programmes à volets multiples tentent de canaliser positivement l'influence que l'entourage d'un jeune peut exercer sur lui pour façonner ses comportements et ses attitudes. Un exemple d'un programme efficace de ce type est l'approche *Life Skill Training Program* mise au point par Botvin et coll. (1984). Il s'agit d'un programme visant à réduire l'usage du tabac chez les jeunes au moyen d'une gamme variée d'interventions : ateliers de formation destinés à fortifier l'estime de soi et à développer les habiletés de communication, à enseigner des moyens de résister aux pressions des pairs et des techniques de gestion du stress. Selon Vitaro et coll. (1994), ce type de programme semble prometteur pour prévenir la consommation de drogues.

Un autre exemple de programme à volets multiples est le *Midwestern Prevention Project* (Johnson, Pentz, Weber et coll. 1990). Il s'agit d'un programme comprenant cinq composantes :

- des ateliers à l'école axés sur la résistance aux pressions des pairs ;
- un volet s'adressant aux parents ;
- des activités communautaires ;
- des actions au niveau politique et la mise à profit des médias de masse.

Selon Johnson et coll. (1990), ce type de programme est efficace dans le cas de l'usage du cannabis et de la cigarette. Par contre, le programme ne s'est pas révélé efficace pour réduire la consommation d'alcool.

Un autre type de programme est fondé sur l'apprentissage de compétences particulières comme la recherche d'un emploi ou d'autres outils de compétence sociale. Il semble que ce genre d'intervention puisse donner des résultats intéressants avec des clientèles plus vulnérables.

- CERTAINS PROGRAMMES
- D'INTERVENTION PRÉ-
- COCE AGISSANT SUR
- DES DÉTERMINANTS
- CLÉS, NOTAMMENT
- L'ATTACHEMENT
- PARENTS/ENFANT ET
- LE DÉVELOPPEMENT
- DE L'ESTIME DE SOI,
- SONT SUSCEPTIBLES
- D'AVOIR DES EFFETS
- POSITIFS SUR L'USAGE
- DES PSYCHOTROPES
- AU DÉBUT DE
- L'ADOLESCENCE.

### Facteurs de réussite

Les écrits sur l'efficacité des programmes préventifs dans le domaine de la toxicomanie et de l'usage du tabac permettent d'identifier ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas dans cette variété d'interventions préventives. On peut retenir globalement que les approches basées uniquement sur la peur, la simple transmission d'informations ou les programmes à modalité unique sont habituellement jugées non efficaces (Vitaro et coll. 1994).

Selon Dryfoos (1990), on peut identifier un certain nombre de conditions de réussite à la base des programmes de prévention efficaces, dont les suivantes :

- l'intervention doit situer l'objectif de prévention des toxicomanies dans un contexte plus global;
- le programme doit cibler directement les facteurs de vulnérabilité comme le manque de soutien familial et le faible rendement académique;
- l'approche communautaire incluant la participation de plusieurs agents sociaux doit être privilégiée;
- l'intervention devrait prévoir des séances de rappel;
- le système scolaire ou toute autre institution capable d'investir des ressources et d'intégrer le programme à sa grille horaire devrait être impliqué étroitement;
- le programme doit assurer si possible la collaboration de pairs plus âgés à titre d'animateurs d'ateliers;
- le programme doit être en mesure de porter une attention particulière à certaines personnes lorsque nécessaire;
- l'intervention doit se faire avant la transition vers le secondaire.

Cette dernière condition sur le moment idéal de l'intervention soulève un certain nombre de questions. Par exemple, l'intervention doit-elle commencer au début du primaire et se poursuivre tout au long de cette période de scolarisation et même au delà ou bien doit-elle être concentrée au moment critique de la transition primaire/secondaire?

Selon Vitaro et coll. (1994), il est difficile de trancher la question dans l'état actuel des connaissances. Chose certaine, il semble qu'une intervention la plus précoce possible soit souhaitable, même si elle peut s'avérer plus coûteuse à court terme.

D'autres facteurs de réussite ont été identifiés par divers auteurs ayant évalué l'efficacité des programmes de prévention en toxicomanie. Voici un résumé des principaux points qui ressortent de ces analyses :

- concevoir des projets à volets et à composantes multiples (sociale et psychologique) (Beauchesne 1985, cité par Vitaro 1994);
- favoriser la concertation entre les promoteurs de ces programmes puisque, souvent, les commissions scolaires, les CLSC et les organismes communautaires développent des programmes sans nécessairement se concerter (Chamberland 1990, cité par Vitaro 1994);
- privilégier une stratégie concertée englobant les politiques sociales, la mise à profit des pairs et l'engagement des parents (Chamberland 1990);
- encourager les programmes portant sur au moins la cigarette, l'alcool et la marijuana au lieu de mettre l'accent sur une seule substance. (Vitaro et coll. 1994)

• UNE INTERVENTION  
•  
• LA PLUS PRÉCOCE  
•  
• POSSIBLE (ÉCOLE  
•  
• PRIMAIRE) EST  
•  
• SOUHAITABLE  
•  
• POUR PRÉVENIR  
• LA TOXICOMANIE.

Enfin, l'efficacité des programmes communautaires peut être rehaussée en respectant un certain nombre de règles de base. Un document de travail du Centre de santé publique de Québec intitulé *Programme de prévention de la toxicomanie chez les jeunes de 10 à 14 ans et les parents* identifie les éléments suivants :

«La toxicomanie est un problème complexe et le résultat de multiples facteurs qui agissent en interaction. Intervenir de façon cohérente dans les différents milieux de socialisation des jeunes et des parents et susciter leur participation à l'identification des besoins et à la définition des activités est une piste prometteuse. L'amélioration de la qualité de vie à l'école est une approche équivalente à l'action communautaire mais à l'intérieur de la communauté qu'est l'école. Là aussi des succès sont rapportés.»  
(Centre de santé publique de Québec 1996)

### 3.7 PROGRAMMES DE PRÉVENTION S'ADRESSANT AUX PARENTS

#### Description du programme

Le développement optimal de l'enfant requiert une implication importante de la part des parents. L'enfant âgé entre 6 et 12 ans vit une période de transformation découlant de l'élargissement de son environnement social auquel il doit s'adapter pour être en mesure de faire face aux nouvelles exigences, notamment scolaires, qui lui sont imposées.

Cette adaptation nécessite un soutien de la part des parents. De leur côté, les parents ne possèdent pas toujours les habiletés requises pour offrir ce soutien à leurs enfants, particulièrement à cet âge. C'est pourquoi il est nécessaire d'offrir une gamme de services de soutien aux parents visant à les aider dans l'établissement de relations harmonieuses avec leurs enfants et dans la résolution des problèmes psychosociaux et de santé de leurs enfants.

Il existe une variété de programmes qui peuvent aider les parents à mieux assumer leurs responsabilités familiales auprès de leurs enfants d'âge scolaire. Mentionnons entre autres les programmes classiques de développement des compétences parentales. Comme nous avons déjà traité ces programmes dans la partie portant sur les enfants âgés entre 0 et 5 ans, nous nous abstenons d'y revenir de façon approfondie dans la présente section puisque ces interventions reposent essentiellement sur les mêmes principes d'intervention que ceux analysés précédemment. Nous rappelons toutefois que le soutien au développement des compétences parentales est encore très important à cette période de la vie. L'implication des pères est tout aussi fondamentale que dans la période 0-5 ans.

Étant donné que nous avons déjà abordé ces questions dans la section 0-5 ans, nous allons nous concentrer sur les interventions touchant les parents dans leur relation avec l'enfant au plan des exigences scolaires.

### Bilan des évaluations

Ce type de programmes étant d'origine plus récente que ceux s'adressant aux parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans, il est plus difficile de trouver des interventions préventives orientées vers le soutien aux parents des 5-12 ans ayant été évaluées rigoureusement.

Toutefois, il existe des recherches qui permettent de mettre en lumière les bénéfices associés à la présence d'une implication étroite des parents dans diverses sphères d'activités du jeune d'âge scolaire. Comme nous le verrons plus loin, l'un de ces domaines est évidemment la participation parentale sur le plan scolaire et ses conséquences sur la réussite académique des enfants.

Avant d'aborder cette question, rappelons quelques-unes des activités de soutien aux parents qui peuvent être offertes soit en CLSC, soit en milieu scolaire <sup>25</sup>:

#### En CLSC

- offrir des services de consultation téléphonique et de référence répondant à des besoins d'information et de consultation ponctuelle pour ceux qui ne peuvent se déplacer facilement;
- rendre accessibles les consultations individuelles, familiales et de groupe tant sans rendez-vous que sur rendez-vous en aménageant les plages horaires de façon plus souple;
- offrir aux parents des activités éducatives sur des thèmes reliés à l'exercice de leurs rôles, par exemple le développement de l'enfant, la communication, la sexualité, les drogues, l'autorité et la discipline;
- faciliter aux parents l'accès aux groupes d'entraide existant dans la communauté;
- favoriser l'émergence de regroupements de parents visant à résoudre des difficultés particulières, notamment les problèmes associés à l'hyperactivité ou au déficit de l'attention.

<sup>25</sup> Cette liste s'inspire du document rédigé par Monique Tessier des Services multiclientèles de première ligne, Secteur de la programmation et de la coordination à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre *Tronc commun des activités en CLSC pour la clientèle 5-11 ans et leur famille*, 1995.

### En milieu scolaire

- accompagner, à leur demande, les enseignants et les directions d'école dans leurs démarches auprès des parents d'enfants en difficulté;
- développer, en collaboration avec l'école et les groupes du milieu, des activités préventives auprès des parents en fonction des besoins identifiés;
- susciter, en collaboration avec les parents, les directions d'école, les enseignants et les groupes du milieu, des activités favorisant la collaboration famille-école ainsi que la promotion d'habitudes favorables au bien-être des enfants et des parents.

#### Implication des parents à l'école

Une revue des écrits effectuée par Deslandes et Royer (1994:63) conclut en effet que les jeunes de tous les niveaux (autant primaire que secondaire) réussissent mieux si leurs parents participent à la vie scolaire à l'école et à la maison (Dauber et Epstein 1993; Lamborn et coll. 1993).

Deslandes et Royer (1994) identifient d'autres bénéfices associés à un meilleur partenariat entre l'école et les familles: amélioration du comportement des élèves, motivation accrue, taux d'absentéisme moindre, réduction du taux d'abandon et attitude plus positive à l'égard de l'école en général et des travaux scolaires en particulier.

### Facteurs de réussite

Il semble que les programmes de collaboration famille-école s'avèrent les meilleurs prédicteurs lorsque les stratégies des éducateurs impliquent la participation parentale au primaire et au premier cycle du secondaire. Autrement dit, les parents participent davantage, à la maison et à l'école, lorsqu'ils perçoivent que l'école et les enseignants favorisent leur collaboration.

## UN PROGRAMME MODELE

Un exemple d'intervention préventive visant le développement d'un réseau d'aide et d'entraide s'appuyant sur la collaboration école-famille est le programme de concertation MEQ/MSSS<sup>26</sup> conçu à l'intention des parents des jeunes qui présentent des difficultés de comportement. Il s'agit d'un programme qui permet la mise sur pied de projets de collaboration école-CLSC-famille s'adressant soit aux parents, soit aux élèves, soit aux enseignants, ou conjointement à l'un et l'autre de ces groupes.

En vigueur depuis 1995, le programme a permis de créer plus de vingt projets de concertation<sup>27</sup>. Par exemple, le projet impliquant la Commission scolaire des Îlets (région de Québec) et le CLSC La Source a permis d'organiser des ateliers de ressourcement pour les parents (bloc de trois ateliers). Ces ateliers visaient à rejoindre prioritairement les parents d'enfants éprouvant des difficultés à gérer le comportement de leurs jeunes.

Selon le rapport d'activités du projet, l'évaluation montre que les ateliers ont répondu à un besoin réel des parents d'être alimentés et soutenus dans l'éducation de leurs enfants. Plusieurs parents ont trouvé «soulageant» de constater qu'ils n'étaient pas seuls à vivre des difficultés avec leurs jeunes. De telles rencontres permettent de briser l'isolement et de créer des liens avec d'autres parents.

<sup>26</sup> Ce programme ne doit pas être confondu avec l'entente MEQ/MSSS, qui constitue un cadre de référence pour le développement de la concertation entre le réseau de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation.

<sup>27</sup> Les CLSC impliqués sont : de la Mitis, des Côteaux, La Source, de Portneuf, Limoilou, Frontenac, Drummond, La Chaumière, des Trois Vallées, Longueuil-Est, Châteauguay, de la Haute-Yamaska, du Havre, Verdun, Saint-Laurent, Grande-Rivière, Le Moulin, Partage des eaux, des Sept-Îles et de l'Aiglon. Pour obtenir le titre de chacun de ces projets, le lecteur peut se référer à l'annexe 1, section B, intitulée «Autres projets et instruments d'intervention en prévention» où les projets sont listés par CLSC.

## OUTILS DISPONIBLES

### Document de base

- ➔ Bélanger, L., Mercier, G. et Moisan, S. (1995). *Cadre évaluatif des projets conjoints CLSC-École, Pour les enfants de classe ordinaire présentant des comportements difficiles*. Québec. (disponible à la Direction générale de la santé publique, MSSS)

### 3.8 PROGRAMMES D'INTERVENTION VISANT L'AMÉLIORATION DE L'ENVIRONNEMENT

#### ► 3.8.1 Le milieu scolaire

**O**n peut reprocher aux programmes de prévention s'adressant aux jeunes de 5 à 12 ans d'être trop centrés sur l'enfant et de négliger par conséquent l'amélioration de l'environnement. Une telle critique a conduit certains auteurs à suggérer une approche préventive qui intègre à la fois la famille, les pairs et la communauté.

Il existe divers types de programmes qui cherchent à rejoindre les différents aspects de l'environnement. Par exemple, dans le domaine scolaire, les interventions qui touchent la gestion de la classe et les actions préventives qui s'adressent à des problèmes plus globaux comme le climat de l'école. Concernant ce dernier point, on peut affirmer que ce type d'intervention a connu une certaine popularité depuis quelques années étant donné la préoccupation croissante au sujet du climat de violence sévissant dans plusieurs écoles primaires et secondaires.

Un autre exemple concerne la problématique plus générale des réseaux d'entraide et du rôle que peuvent jouer ceux-ci dans l'amélioration des compétences des jeunes pour faire face à leurs difficultés psychosociales diverses.

L'un des aspects du climat de violence est l'intimidation entre élèves (les auteurs anglo-saxons utilisent « bullying »). La violence et l'intimidation peuvent être définies comme des comportements agressifs (physiques ou verbaux) dirigés vers des enfants trop faibles pour se défendre eux-mêmes contre ces agressions (Olweus 1991). Il s'agit d'une forme de harcèlement qui se répète semaine après semaine, voire jour après jour, et qui peut comporter différentes actions comme la taquinerie répétitive, les commérages, l'exclusion sociale subtile, le chantage à des fins d'extorsion, des attaques verbales et même des abus physiques plus sévères.

Le phénomène a atteint ces dernières années une ampleur préoccupante si l'on considère les enquêtes de prévalence conduites sur le sujet au Canada et aux États-Unis. Une étude réalisée dans des écoles de Toronto au début des années 1990 a fait ressortir que 15% des élèves

avaient reconnu être l'auteur de plus d'un ou de deux comportements intimidants de cette nature. De l'autre côté, 20% des enfants ont affirmé avoir été victime d'intimidation plus d'une ou de deux fois durant le trimestre courant (Ziegler et Rosenstein-Manner 1991).

Nous traiterons dans un premier temps les programmes visant à contrer le harcèlement et l'intimidation dans le milieu scolaire avant d'aborder les réseaux d'entraide par les pairs.

#### Description du programme

**E**n réponse à ce phénomène (l'intimidation) qui a tendance à être ignoré par les professeurs qui interviennent rarement à ce sujet (Craig et Pepler 1994), certaines autorités scolaires ont commencé à mettre sur pied des programmes d'intervention préventive. Le plus célèbre d'entre eux est sans doute celui instauré en Norvège à la fin des années 1980 par Olweus (1991).

Le programme visait à ce que tous les membres du milieu scolaire deviennent plus conscients du problème et en arrivent à ne plus tolérer ce genre de comportement de la part de qui que ce soit. Parmi les mesures préventives, mentionnons la distribution d'un feuillet aux parents leur donnant des conseils sur les façons d'enrayer ce véritable fléau, la présentation aux élèves d'une vidéocassette illustrant des incidents, de même que la remise à tous les membres du personnel d'une brochure sur le phénomène et l'explication de ce que les personnes en autorité doivent faire et dire face à ce genre de situations. Il s'agissait en somme d'établir des règles de conduite claires et fermes face à ce comportement antisocial et de les faire connaître et reconnaître à l'ensemble des membres du milieu scolaire.

#### Bilan des évaluations

Les résultats impressionnants atteints par cette intervention, soit une réduction du phénomène de 50% après deux ans, laissent croire qu'il est possible de prévenir efficacement ce genre d'atteinte aux droits des enfants. En plus d'une baisse significative des incidents d'intimidation rapportés par les élèves, l'étude a noté une diminution des conduites antisociales en général, notamment le vandalisme et le vol.

L'intervention décrite par Olweus a inspiré certaines initiatives similaires dans d'autres pays, notamment au Canada. Un programme a été réalisé puis évalué dans des écoles primaires de Toronto (Pepler, Craig, Ziegler et Charach 1994). Malgré des résultats encourageants sur certains points, par exemple une augmentation des interventions des professeurs au sujet de situations d'intimidation, d'autres aspects du problème ont semblé plus difficiles à résoudre, notamment l'implication des parents dans la discussion des incidents avec les enfants.

### Facteurs de réussite

Ces limites mettent en évidence la difficulté de réaliser des interventions préventives qui visent à prévenir des phénomènes ayant des ramifications aussi nombreuses et profondes. Dans de tels cas, les conditions de réalisation sont souvent cruciales pour le succès du programme, et le fait de télescoper certaines dimensions de l'intervention au moment de l'implantation peut être suffisant pour menacer l'efficacité de l'action préventive. Par exemple, les efforts visant à obtenir l'implication active des professeurs et des parents sont déterminants dans ce type de projet. Nous verrons maintenant qu'il existe au moins quatre conditions pour la mise en place d'une intervention anti-intimidation efficace sur le plan des résultats (inspiré de Pepler, Craig, Ziegler et Charach 1994):

- la notion d'intimidation et les comportements qui y sont associés doivent être bien expliqués aux différents acteurs de l'école: élèves, professeurs, parents;
- chaque groupe doit avoir une vision claire de ses responsabilités dans le programme mis en branle;
- les parents doivent être partie prenante de la démarche et s'impliquer dans la discussion des problèmes avec l'école et leur enfant s'il y a lieu;
- le rôle des pairs est important dans ce type d'intervention et les élèves doivent participer d'une façon ou d'une autre à la sensibilisation de leurs compagnons à ce problème.

## Outils disponibles

### Documents de base

- ↔ Côté, C. et coll. (1995). *Prévenir la violence dans les écoles, idées et références*. Montréal. Guérin éditeur.
- ↔ Lawson, Sarah. (1995). *Votre enfant est-il victime d'intimidation?* Éd. de l'Homme.

### Document d'évaluation

- ↔ Pepler, D.J., Craig, W.M., Ziegler, S. et Charach, A. (1994). «An Evaluation of an Anti-Bullying Intervention in Toronto Schools». *Canadian Journal of Community Mental Health*. 13: 95-110.

### Autres instruments

- ↔ Lapointe, Yvette, Bowen, François et Laurendeau, Marie-Claire. (1994). *Habilités prosociales et prévention de la violence en milieu scolaire: guides d'activités (1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année)*. 3 volumes. Montréal. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre. Direction générale de la santé publique. (disponible à la Direction générale de la santé publique de Montréal-centre)

## RÉSEAUX D'ENTRAIDE PAR LES PAIRS

### Description du programme

**D**epuis une quinzaine d'années, une nouvelle forme d'intervention préventive auprès des jeunes connaît une popularité croissante tant aux États-Unis qu'au Canada. Il s'agit de l'aide par les pairs ou des réseaux d'entraide par les pairs, particulièrement en milieu scolaire.

Selon Deschesnes (1994:111), cette stratégie d'action préventive vise à renforcer l'aide entre les jeunes. Elle s'est développée en réponse aux besoins de ceux qui vivent des difficultés de tous ordres dans un contexte de rareté des ressources professionnelles. Ce type d'intervention s'appuie sur l'importance du soutien social comme moyen de développer les habiletés personnelles et de réduire les effets indésirables des situations stressantes.

Dans la plupart des cas, il s'agit d'un programme où des jeunes sont sélectionnés, formés et supervisés par des adultes du milieu pour devenir des ressources d'aide pour leurs pairs. Cette aide peut prendre différentes formes, que ce soit le soutien visant à surmonter les difficultés académiques vécues par certains jeunes ou l'accompagnement des jeunes qui font face à des problèmes émotionnels ou interpersonnels.

### Bilan des évaluations

Étant donné le contexte informel de l'aide, l'évaluation de ce type de mesures constitue une opération fort complexe. C'est pourquoi il existe assez peu de travaux évaluant le soutien par les pairs.

Il y a toutefois une exception à cette règle dans le cas québécois. Il s'agit d'un programme implanté au cours de l'année scolaire 1989-1990 dans une école secondaire de la Haute-Gatineau (Deschesnes 1994) et qui a fonctionné pendant une période de trois ans. La plupart des pairs aidants étaient des étudiantes âgées de 14 ou 15 ans<sup>28</sup>.

<sup>28</sup> Bien que notre recherche porte sur les mesures préventives s'adressant aux enfants de moins de 12 ans, nous avons pensé qu'il pouvait être pertinent d'inclure le projet présenté par Deschesnes (1994) étant donné que des pairs aidants de 14 ou 15 ans peuvent être utilisés pour aider des jeunes moins âgés (secondaire 1) qui, eux, font partie de la clientèle de notre étude.

Les différentes composantes du programme étaient les suivantes: formation d'un comité de soutien, promotion du programme auprès du personnel de l'école, recrutement des pairs aidants, formation des pairs aidants et supervision de ceux-ci par les adultes de l'école.

Les effets de ce mode d'intervention ont été évalués non seulement sur les élèves ayant bénéficié de l'aide mais également sur les pairs aidants eux-mêmes. En effet, la satisfaction des jeunes aidés fut élevée et les pairs aidants ont amélioré certaines de leurs habiletés personnelles. Globalement, le réseau de soutien naturel dans l'école a connu une amélioration. Au cours des trois années qu'a duré le programme, 17% des élèves de l'école se sont confiés à un pair aidant. Selon les pairs aidants, les principales situations d'aide concernent les problèmes avec les amis, les difficultés amoureuses et les problèmes familiaux.

Lors des entrevues d'évaluation, plusieurs pairs aidants ont mentionné que leurs relations avec les professeurs s'étaient améliorées. De leur côté, les professeurs ayant participé au programme comme superviseurs ont noté que ces échanges leur avaient permis de se rapprocher des élèves et d'établir des relations significatives avec eux.

«L'évaluation des rencontres d'aide par les élèves qui se sont confiés à un pair aidant est très positive dans l'ensemble; la plupart des jeunes ont affirmé qu'ils retourneraient voir un pair aidant en cas de problème.» (Deschesnes 1994: 122)

### Facteurs de réussite

L'évaluation de Deschesnes (1994) met en évidence un certain nombre de conditions permettant de favoriser la réussite de l'aide par les pairs:

- une telle intervention semble donner tous ses fruits lorsqu'elle s'inscrit dans une continuité d'au moins quelques années;
- il convient de bien outiller les pairs aidants en mettant l'accent sur une description plus détaillée des éléments de contenu qui risquent de se retrouver dans les rencontres d'aide portant sur une variété de situations vécues par les jeunes.

• LES RÉSEAUX D'EN-  
•  
• TRAIDE PAR LES PAIRS  
•  
• OFFRENT DE BONNES  
•  
• PERSPECTIVES D'EFFI-  
•  
• CACITÉ SI LE PRO-  
•  
• GRAMME EST BIEN  
•  
• SUPERVISÉ.

### ► 3.82 Programmes visant à développer des lieux sains et sécuritaires en dehors du milieu scolaire

L'intervention en milieu scolaire, bien qu'elle doive être considérée comme l'un des piliers de l'action préventive auprès des enfants de 5 à 12 ans, ne doit pas monopoliser tous les efforts visant à favoriser le bien-être des enfants de cette tranche d'âge et de leur famille.

#### Description du programme

La communauté est, elle aussi, fort bien placée pour offrir des services préventifs aux jeunes de cette catégorie d'âge. D'ailleurs, les organismes communautaires et de loisirs ainsi que les municipalités ont développé depuis plusieurs années des services qui contribuent au bien-être des enfants comme au soutien des parents. Ces services ont pris différentes formes, que ce soit l'organisation d'activités socio-culturelles ou récréatives, de loisirs ou d'encadrement en dehors des heures d'école.

Plusieurs CLSC ont collaboré et continuent de participer au développement d'activités préventives similaires avec les acteurs communautaires de leur milieu. Selon les circonstances et les besoins variés des milieux, les CLSC ont supporté des groupes communautaires aux diverses étapes de leur organisation, développé des échanges de services ou œuvré dans des activités de partenariat à multiples volets. L'action des CLSC et des partenaires a aussi contribué à adapter certains services aux besoins des familles (tarifs réduits pour enfants démunis, service de garde après les camps de jour, aide aux devoirs après l'école).

#### Bilan des évaluations

L'évaluation de ce type de programme préventif est une opération fort complexe étant donné la difficulté qui consiste à isoler l'effet particulier d'une intervention de type communautaire. C'est pourquoi il est difficile de trouver des programmes préventifs qui ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse dans ce domaine.

Cependant, il est de plus en plus admis que certaines ressources municipales et communautaires favorisant la mise en place de loisirs, de lieux d'échanges et d'entraide contribuent

au renforcement des capacités personnelles et sociales des individus (Direction de la santé publique de la Montérégie, Programme régional de santé publique 1996).

#### Facteurs de réussite

Selon la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre (Tessier 1995), la fécondité de cette collaboration CLSC-communauté repose sur le développement des activités et des projets suivants :

- contribuer, en collaboration avec l'école, les parents, les organismes et les établissements, au développement de projets novateurs en fonction des besoins du milieu ;
- s'inspirer, s'il y a lieu, de projets ayant fait leurs preuves dans d'autres milieux autour de thèmes comme la prévention des abus sexuels et physiques, la sécurité de l'enfant durant la période entre la fin des classes et le retour des parents du travail, la prévention du décrochage scolaire, la promotion des comportements pacifiques, le développement des compétences parentales ;
- participer, avec les groupes du milieu, au développement de diverses formes de répit accessibles tant en semaine qu'en fin de semaine, à l'intention des parents qui vivent des situations particulières ;
- soutenir, à leur demande, les organismes communautaires dans leur intervention individuelle ou de groupe auprès des enfants et des parents ;
- contribuer, avec les groupes de la communauté, les comités de parents, les enseignants et les directions d'école de même qu'avec les établissements et la *Direction de la santé publique*, à la mise en place d'activités préventives favorisant un rapprochement entre les familles et l'école.

Enfin, il convient d'ajouter que le soutien offert aux ressources de la communauté par les CLSC doit s'inscrire dans une certaine continuité, ce qui ne veut pas dire à vie, mais tant que le milieu en éprouve le besoin. Les actions dans les milieux sont rarement des interventions susceptibles de donner des résultats à très court terme.

## UN PROGRAMME MODÈLE

*Le Pignon bleu*, situé dans la basse-ville de Québec, est un bel exemple de milieu sain offrant aux enfants et à leurs parents diverses activités visant à les aider dans leur prise en charge. Créé au début des années 1990 avec comme mission première le soutien alimentaire et l'éducation nutritionnelle, *Le Pignon bleu* a élargi graduellement son champ d'intervention pour englober des services d'éducation et d'aide qui s'adressent aux familles défavorisées de la basse-ville. Les différents services offerts comprennent l'aide aux devoirs et aux leçons, le dessin créatif, des cours d'apprenti-cuistot et l'accueil des familles.

Pendant l'été, *Le Pignon bleu* participe avec plusieurs autres partenaires (CLSC Basse-ville, Fondation Solidarité-Pauvreté Limoilou, Centraide Québec, Moisson Québec, Société Saint-Vincent de Paul, élus et organismes gouvernementaux) à une vaste opération de soutien alimentaire qui se concrétise par la distribution de collations nutritives dans neuf terrains de jeux de Limoilou et de la basse-ville de Québec. Lancée en 1992, cette initiative permet à plus de 2 000 enfants de grignoter une collation par jour (près de 70 000 collations) pendant la période estivale et de recevoir une éducation nutritionnelle. Des feuillets d'information sont également transmis aux parents à ce sujet.

## Conclusion

Depuis la fin des années 1980, une réflexion à l'échelle du Québec sur les conditions favorisant la santé et le bien-être des enfants, des jeunes et de leur famille a permis d'amorcer un virage vers des stratégies d'action intervenant en amont des problèmes et mettant l'emphase sur les facteurs déterminants de la santé et du bien-être. Ces stratégies vont dans le sens de la prévention et de la promotion, favorisent l'implication des personnes, des familles et des communautés dans la prise en charge des difficultés vécues, reconnaissent la valeur des interventions des groupes d'entraide et rappellent l'importance de la concertation et du partenariat intersectoriel.

En matière de prévention et de promotion, la présente démarche amorcée par la Fédération des CLSC en lien avec le MSSS voulait répondre à la préoccupation suivante: comment s'assurer que les professionnels et tous les intervenants concernés par la planification, l'organisation et la prestation des services préventifs aux enfants, aux jeunes et aux parents disposent d'outils leur permettant de sélectionner les services et programmes préventifs les plus susceptibles de prévenir ou d'atténuer les divers problèmes ou formes d'inadaptation? Ce questionnement ne touchait pas uniquement le contenu des programmes réputés «efficaces», mais également les modalités d'application les plus aptes à favoriser l'efficacité des interventions préventives.

Parmi les conclusions générales que nous pouvons tirer de l'analyse conduite dans ce document, deux nous paraissent incontournables. Premièrement, notre travail a permis de démontrer qu'il est possible de contribuer au développement harmonieux ou le plus équilibré possible des enfants et des jeunes en intervenant sur les déterminants clés de leur devenir.

En effet, plusieurs recherches scientifiques portant sur des programmes recensés dans ce rapport, que ce soit les interventions d'amélioration des compétences parentales, les services en périnatalité, la stimulation précoce, les ressources d'aide naturelle, le développement des habiletés cognitives et psychosociales chez l'enfant et la mise en place de milieux de vie stimulants autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'école, convergent vers une conclusion fort encourageante: oui il est possible d'aider les enfants, les jeunes et leurs parents à modifier favorablement leurs trajectoires de développement en intervenant de façon précoce à différents stades de leur progression, et particulièrement dans les périodes de la petite enfance, de l'enfance et de la jeunesse.

▼  
**IL EST POSSIBLE D'AIDER  
 LES PERSONNES À MO-  
 DIFIER FAVORABLEMENT  
 LEURS TRAJECTOIRES  
 DE DÉVELOPPEMENT  
 EN INTERVENANT DE  
 FAÇON PRÉCOCE À  
 DIFFÉRENTS STADES DE  
 LEUR PROGRESSION.**

• Étant donné que la vie des personnes s'inscrit dans un processus de conti-  
 nuité, on ne peut insister trop fortement sur l'importance des actions préventives  
 • à caractère précoce. Nous savons maintenant que des retards de développement  
 • dès la petite enfance peuvent générer des troubles de comportement ou un  
 • retard scolaire durant l'enfance; puis plus tard à l'adolescence, ces mêmes diffi-  
 • cultés non résolues peuvent entraîner à leur tour de la délinquance, des états  
 • dépressifs, des problèmes de toxicomanie. Des déficits en matière d'éducation, de  
 • stimulation ou de loisirs, de même que des situations de pauvreté, de violence ou  
 • d'isolement social sont des exemples de facteurs susceptibles d'influencer  
 • négativement le parcours d'une vie entière. C'est pourquoi l'intervention préven-  
 • tive, lorsqu'elle entre en jeu avant l'apparition ou la détérioration de la situation  
 • problématique, peut alors transformer un facteur de risque en un facteur de pro-  
 • tection qui durera toute la vie.

• Depuis une quinzaine d'années, les CLSC et leurs nombreux partenaires des  
 • réseaux public, privé et communautaire ont accompli d'importants investis-  
 • sements dans le domaine de la prévention auprès des enfants, des jeunes et de  
 • leur famille. Nous avons vu qu'il existait de très nombreux programmes de  
 • prévention dans lesquels les CLSC sont impliqués d'une manière ou d'une autre.  
 • Même si le présent travail ne portait pas strictement sur l'évaluation des actions  
 • préventives des CLSC dans les dernières années, on peut quand même affirmer  
 • que plusieurs de ces interventions ont apporté des résultats fort intéressants dans  
 • les différents domaines visés.

• Par contre, d'autres programmes n'ont peut-être pas connu d'aussi grands  
 • succès. On peut penser que deux facteurs à l'origine de ces faiblesses sont, d'une  
 • part, le manque d'évaluation portant sur les expériences préventives (et le choix  
 • d'approches inappropriées ou de modalités d'application inadéquates qui en  
 • découlent) et, d'autre part, des lacunes dans la collaboration entre les différents  
 • partenaires intéressés à la santé et au bien-être des enfants, des jeunes et des  
 • familles.

• Sur le premier point, il faut bien admettre que la fonction évaluative en ce  
 • qui touche les programmes de prévention est encore peu développée au Québec  
 • et au Canada, particulièrement sur l'impact à moyen et à long termes. Toutefois,

nous assistons depuis quelques années, au Québec, à l'émergence d'une solide  
 préoccupation en matière d'évaluation, ce qui est un motif d'encouragement  
 pour l'avenir de la prévention. Nous ne saurions trop applaudir à cette tendance  
 puisqu'elle permettra aux intervenants de bénéficier d'un bagage précieux et  
 grandissant d'avis et de suggestions favorisant l'implantation de programmes  
 préventifs efficaces.

Quant à la collaboration entre les divers intervenants et instances à tous les  
 niveaux possibles, la recension des écrits tend à indiquer que le manque de col-  
 laboration et de concertation est une source d'inefficacité dans les interventions  
 préventives et qu'il n'est plus possible de concevoir l'intervention sans de tels  
 liens à tous les niveaux. En effet, selon le cadre d'action stratégique national *Santé  
 publique 2002 : des priorités nationales*, l'une des actions prioritaires que doivent  
 envisager tous les intervenants dans les prochaines années consiste à  
 «s'associer aux CLSC pour définir le contenu d'un continuum de services uni-  
 versels en prévention-promotion s'adressant à l'enfance, la jeunesse et la famille,  
 et appuyer l'action des organismes communautaires œuvrant dans ces  
 domaines».

Or, une telle stratégie d'action exige nécessairement la mise en place d'une  
 concertation étroite de tous les partenaires intéressés à la promotion de la santé  
 et du bien-être des enfants, des jeunes et des familles. Personne, dorénavant, ne  
 peut plus agir isolément puisque, par exemple, la jeune mère vulnérable en  
 matière d'isolement social doit être soutenue par son environnement familial et  
 communautaire pour que son enfant reçoive la stimulation nécessaire à un degré  
 de développement satisfaisant, qui lui permettra plus tard de s'adapter har-  
 monieusement au milieu scolaire et ensuite de devenir un adulte capable de  
 faire face aux difficultés de la vie et d'assumer à son tour des responsabilités  
 parentales. Un tel objectif vaut certainement la peine d'être poursuivi collecti-  
 vement et en concertation avec tous les partenaires intéressés. N'est-ce pas là une  
 contribution à l'établissement d'une société globalement en meilleure santé  
 dans laquelle les personnes peuvent, de génération en génération, aspirer à une  
 vie plus satisfaisante pour eux-mêmes et pour leurs enfants, tant sur les plans  
 personnel, familial, communautaire que social?

▼  
 • **L'INTERVENTION**  
 •  
 • **PRÉVENTIVE AMORCÉE**  
 •  
 • **PRÉCOCÉMENT PEUT**  
 •  
 • **TRANSFORMER UN**  
 •  
 • **FACTEUR DE RISQUE**  
 •  
 • **EN UN FACTEUR DE**  
 •  
 • **PROTECTION QUI DU-**  
 •  
 • **RERA TOUTE LA VIE.**

## ... Références bibliographiques

- Aitchison, R. (1976). *Confident Parenting workshop leader's guide*. Studio City, CA: Centre for the improvement of child caring.
- Alvy, K.T. (1987). *Parent Training: A social necessity*. Studio City, CA: Centre for the improvement of child caring.
- Arama, D. et Bouchard, C. (1996). *Recension des projets d'intervention ayant trait à la paternité dans la grande région de Montréal*. Montréal: Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale. Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants.
- Ayotte, V. (1995). *Évaluation d'un programme visant à développer chez les jeunes une estime de soi positive d'eux-mêmes*. Montréal: Direction de la santé publique.
- Bangert-Drowns, R.L. (1988). The effects of school-based substance abuse education: A meta-analysis. *Journal of Drug Education* 18: 243-265.
- Barkauvas, V.H. (1983). Effectiveness of public health nurse home visits to primarous mothers and their infants. *American Journal of Public Health* 73: 573-580.
- Beauchamp, Denis et Thibaudeau, Colette. (1995). *Pères présents, enfants gagnants*, Montréal. CLSC des Patriotes et Hôpital Sainte-Justine.
- Beauchesne, L. (1985). *Les jeunes et les drogues: recension de la littérature et données québécoises*. Université de Montréal: Centre international de criminologie comparée.
- Bélangier, L., Mercier, G. et Moisan, S. (1995). *Cadre évaluatif des projets conjoints CLSC-École, Pour les enfants de classe ordinaire présentant des comportements difficiles*. Québec.
- Berrueta-Clement, J.R., Schweinhart, L.J., Barnett, W.S., Epstein A. S. et Weikart, D.P. (1984). *Changed Lives: The effects of the Perry School Program on youth through age 19*. Monographs of the High Scope Educational Research Foundation, no. 8. Ypsilanti: High Scope Press.
- Bisnaire, L. C., Firestone, P. et Rynard, D. (1990). Factors associated with academic achievement in children following parental separation. *American Journal of Orthopsychiatry* 60: 67-76.

- Blais, Jacques et Hamel, Marthe. (1992). *Projet de consolidation du support éducatif*, CLSC de l'Estuaire.
- Blanchet, L., Laurendeau M.-C., Paul, D. et Saucier, J.-F. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale, préparer l'avenir*. Boucherville: Gaëtan Morin éditeur et Le comité de santé mentale du Québec.
- Bloom, B.L. (1982). Advances and obstacles in prevention of mental disorders. Dans Schulberg, H.C., Killilea, M. (dir.). *The modern practice of community mental health*: 126-147 San Francisco: Jossey Bass.
- Bloom, B.L. (1986). The evaluation of primary prevention programs. Dans L.M. Roberts, N.S. Greenfield & N.H. Miller (dir.). *Comprehensive Mental Health*: 117-135. Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Botvin, G.J., Baker, E., Renick, N.L., Filazzola, A.D. et Botvin, E.M. (1984). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention. *Addictive Behaviors* 9: 137-147.
- Bouchard, C. (1989). Lutter contre la pauvreté ou ses effets? Les programmes d'intervention précoce. *Santé mentale du Québec* XIV(2): 138-149.
- Bouchard, C. (1994). Discours et parcours de la prévention de la violence: une réflexion sur les valeurs en jeu. *Canadian Journal of Community Mental Health* 13: 37-45.
- Bourassa, J. (1995). *Éléments explicatifs et moyens d'action pour la prévention et la réduction des problèmes socio-émotionnels des enfants et adolescents ainsi que des diverses formes de violence psychologique et physique envers eux*. Centre de santé publique de Québec. Équipe adaptation familiale et sociale.
- Bourgeois, Francine. (1996). *Au cœur d'une planète*. Montréal. CLSC Saint-Henri.
- Brochu, Claire et Denhez, Louise. (1993). *Le projet pilote québécois «Y'a personne de parfait»*. Rapport d'évaluation présenté au MSSS.
- Cameron, Gary et coll. (1992). *Parent Mutual Aid Organizations in Child Welfare Demonstration Project: Summary and Highlights*. Santé et bien-être social Canada (programme Division des subventions nationales au bien-être social).
- Cantin, D. et Paradis, T. (1993). *Service d'aide à l'enfant et son milieu*. Québec.
- Capuano, Vitaro, Tremblay, Verlaan. (1995). *Prévention des difficultés d'adaptation psychosociale au préscolaire et au primaire*. Présenté au colloque sur la prévention de la négligence et de la violence à l'endroit des enfants et des adolescents. Direction générale de la santé publique. MSSS.

- Carpentier, D. et coll. (1991). *Le rôle du père: revue de littérature*. DSC Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.
- Carrier, Gaby. (1986). *La toxicomanie juvénile dans la région 03: éléments de planification*. Centre de services sociaux de Québec.
- Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de l'Estrie. (1993). *Manuel d'utilisation et d'interprétation de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (I.C.B.E.)*. Montréal.
- Centre de psycho-éducation du Québec (en coll. avec Tremblay, R.E.). (1992). *Vers une meilleure adaptation scolaire des enfants en milieux défavorisés, programme de promotion des comportements sociaux au préscolaire*. Montréal. Centre de psycho-éducation.
- Centre de santé publique de Québec. (1996). *Programme de prévention de la toxicomanie chez les jeunes de 10 à 14 ans et les parents*. Québec. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région 03.
- Centre de santé publique de Québec. (1996). *Rapport du comité de réflexion sur le bilan de santé globale de la région de Québec*.
- Centre de santé publique de la Montérégie. (1996). *Programme régional de santé publique*. Document de consultation. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Centre Rosalie-Jetté. (1992). *L'évaluation de la capacité parentale*. Montréal. Centre Rosalie-Jetté.
- Chamberland, C. (1990). *Portrait de la littérature québécoise en toxicomanie, Dossier 1: La prévention*. Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Service de l'évaluation réadaptation et services de longue durée.
- Chiasson-Lavoie, Michèle. (1992). *L'approche interculturelle auprès de réfugiés et de nouveaux immigrants*. Montréal. Centre de services sociaux du Montréal métropolitain.
- Children's Defense Fund. (1989). *A Vision of America's Future: An agenda for the 1990's*. Washington DC: Children's Defense Fund.
- CLSC Gaston-Lessard. (1995). *Identification des indicateurs de la compétence parentale au niveau de la communication parent-enfant chez les parents participant au programme d'apprentissage Hanen*. CLSC Gaston-Lessard.

- CLSC Olivier-Guimond. (1995). *Rencontres prénatales. Pour mieux se préparer à la venue du nouveau bébé*. Montréal.
- Cochran, M. et Dean, C. (1991). Home-school relations and the empowerment process. *The Elementary School Journal* 91: 261-263.
- Comité consultatif pour la politique jeunesse. (1995). *Guide de soutien à l'implantation du plan d'action jeunesse à l'intention de la régie régionale et de ses partenaires*. Québec.
- Comité de la santé mentale du Québec. (1983). *Impact des garderies sur les jeunes enfants. Où va le Québec?* Avis sur les services de garde. Gouvernement du Québec.
- Comité régional (06-A) de périnatalité et de petite enfance. (1987). *Dépistage des problèmes auditifs et visuels chez les enfants de 0-5 ans*. Regroupement des DSC du Montréal-métropolitain.
- Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec. (1995). *L'école: un milieu de vie favorable à la santé et au bien-être*. CRSSSQ. Québec.
- Conseil des directeurs de la santé publique de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec. (1996). *Avis de santé publique sur le dépistage préscolaire des problèmes de développement dans le cadre des assises nationales de la Commission des États généraux sur l'éducation*. Québec. Conférence des régies régionales.
- Conseil des directeurs de la santé publique de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec. (1997). *Avis de santé publique sur le dépistage des problèmes chez les enfants*. Québec. Conférence des régies régionales.
- Consortium for Longitudinal Studies. (1983). *As the Twig is Bent: Lasting Effects of Preschool Programs*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Côté, C. et coll. (1995). *Prévenir la violence dans les écoles, idées et références*. Montréal. Guérin éditeur.
- Cowen, E.L. (1983). Primary Prevention in mental health: past, present and future. Dans Felner, R.D., Jason, L.A., Moritsugu, J.N., et Farber, S.S. (dir.). *Preventive Psychology, Theory, Research and Practice*: 11-25. New York: Pergamon Press.
- Cowen, E.L. (1986). Primary Prevention in mental health: ten years of retrospect and ten years of prospect. Dans Kessler, M. et Goldston S.E. (dir.). *A decade of progress in primary prevention*. London: University Press of London.

- Cowen, E.L., Hightower, A.D., Pedro-Carrol, J.A. et Work, W.C. (1989). School-based models for primary prevention programming with children. *Prevention in Human Services* 7: 133-160.
- Craig, W.M. et Pepler, D.J. (1994). *Naturalistic observations of bullying in the school yard*. Manuscrit soumis pour publication, cité par Pepler, Craig, Ziegler et Charach 1994.
- Dallaire, N., Chamberland, C., Cameron, S. et Hébert, J.(1995). Social Prevention: A study of Projects in an urban environment. dans J. Hudson et B. Galaway.(dir.). *Child Welfare in Canada*. Toronto:Thompson Educational Publishing.
- Dansereau, S., Terrisse, B. et Bouchard, J.-M.(1990).(dir.). *Éducation familiale et intervention précoce*. Montréal: Éditions Agence d'Arc.
- Dauber, S.L. et Epstein, J.L. (1993). Parents' attitudes and practices of involvement in inner-city elementary and middle schools, dans N. Chavkin (dir.). *Families and Schools in a Pluralistic Society*: 53-71. Albany, NY: Suny Press.
- Deschenes, Marthe. (1994). L'évaluation d'un réseau d'entraide par les pairs dans une école secondaire après trois années de fonctionnement. *Revue canadienne de santé mentale communautaire* 13: 111-125.
- Deslandes, R. et Royer, É. (1994). Style parental, participation parentale dans le suivi scolaire et réussite scolaire. *Service social* 43: 63-80.
- Derevensky, J.L. (1990). Le programme parent-enfant « À vos marques, Soyez prêts, Partez : une intervention psychologique prévention en action », dans Saucier, J.F et Houde, L. *Prévention psychosociale pour l'enfance et l'adolescence*, Presses de l'Université de Montréal.
- Dinkmeyer, D. et McKay, G. (1976). *Systematic Training for Effective Parenting: Leaders Manual*. Circle Pine, MN: American Guidance Service.
- Direction de la santé publique de la Montérégie. (1996). *Programme régional de santé publique. Document de consultation*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Direction de la santé publique de Montréal-centre. (1996). CLSC Côte-des-Neiges et CLSC René-Cassin. *Mères et Mondes, feuillet d'information sur la santé des mères et des nouveau-nés de communautés culturelles de Montréal*. Montréal. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre.
- Direction de la santé publique de Montréal. *Comment développer l'estime de soi - 3 volumes: Guide pour les enseignants, guide pour les parents, guide pour la direction*.

- Dohrenwend, B. (1984). *Social Stress and Psychopathology*, Conférence présentée à la Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology.
- Drapeau, S., Mireault, G., Cloutier, R., Champoux, L. et Samson C. (1993). *Évaluation d'un programme d'intervention préventive s'adressant aux enfants de parents séparés: le programme Entramis*. Centre de recherche sur les services communautaires. Université Laval.
- Drapeau, Sylvie.(1989). *Réseau de soutien et ajustement des enfants de familles intactes et séparées*. Thèse de doctorat. UQAM. Montréal.
- Dryfoos, J.G. (1990). *Adolescents at risk: Prevalence and prevention*. New York: Oxford University Press.
- Dubé, N. (1995). *Évaluation des programmes et outils de dépistage des femmes enceintes dont l'issue de la grossesse est susceptible d'être défavorable pour elles-mêmes ou pour leur bébé*. Direction de la santé publique Gaspésie-Îles de la Madeleine.
- Elias, M. et Weissberg, R.P (1989). School-based social competence promotion as a primary prevention strategy: a tale of two projects. *Prevention in Human Services* 7: 177-200.
- Enkin, M., Keirse, Marc J.N.C. et Chalmers, I., (1990). *A Guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press.
- Erikson, E. (1972). *Adolescence et crise: la quête de l'identité*. Paris. Flammarion.
- Falardeau, I. et Cloutier, R. (1986). *Programme d'intégration éducative Famille-garderie*. Collection Diffusion de l'Office des services de garde à l'enfance, vol. 2. Gouvernement du Québec.
- Fédération des CLSC du Québec. (1992). *Cadre de référence Enfance-Famille-Jeunesse des CLSC*. Document de réflexion. Montréal.
- Fédération des CLSC du Québec. (1996). *Virage ambulatoire. Périnatalité* (volet 6). Montréal.
- Feightner, J.W. (1994). Dépistage préscolaire des problèmes de développement. Dans Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. (1994). *Guide canadien de médecine clinique et préventive*. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et services.
- Feldman, W., Milner, R.A., Sackett, B. et al. (1980). Effects of preschool screening for vision and hearing on prevalence of vision and hearing problems 6-12 months later. *Lancet* 2: 1014-1016.

- Garbarino et Sherman. (1981). High Risk Neighborhoods and High Risks Families: The human Ecology of Child Maltreatment. *Child Development* 47.
- Giguère, René. (1996). *Les familles d'aujourd'hui. Programme d'intervention psychosociale destiné aux enfants des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> année du cycle élémentaire*. CLSC Montréal-Nord et Résidence Paul Lizotte.
- Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports* 98: 107-109.
- Gordon, T. (1975). *Parent Effectiveness Training*. New York: New American Library.
- Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. (1994). *Guide canadien de médecine clinique et préventive*. Ottawa: Ministère des Approvisionnements et services.
- Groupe de travail pour les jeunes. (1991). *Un Québec fou de ses enfants*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications.
- Groupe de travail sur l'application des mesures de protection de la jeunesse. (1991). *La protection sur mesure, un projet collectif*. Québec.
- Groupe de travail sur l'évaluation de la Loi sur la protection de la jeunesse. (1992). *La protection sur mesure... plus qu'une loi*. Québec: Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Gutelius, M.F., Kirsch, A.D., MacDonald, S., Brooks, M. et McErian, T. (1977). Controlled study of child health supervision: Behavioral Results. *Pediatrics* 60: 294-304.
- Hamel, Marthe. (1994). *Expérimentation et évaluation d'un programme d'intervention précoce*. Rimouski. Centre hospitalier régional de Rimouski.
- Harvey, J. et coll. (1988). *Rapport sur l'analyse des activités de réception et de traitement des signalements, d'évaluation et d'orientation en protection de la jeunesse*. Montréal. Gouvernement du Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Houde, L., Séguin-Tremblay, G., Fitzgerald M., Roy M., Lavoie, M. (1985). *La santé mentale des enfants et des adolescents. Vers une approche plus globale*. Comité de la santé mentale du Québec. Québec. Gouvernement du Québec.
- Johnson, C.A., Pentz, M.A., Weber, M.D., Dwer J.H., Baer, N., Mackinnon, D.P., Hansen, W.B. et Flay, B.R. (1990). Relative Effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high risk and low risk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 447-456.

- Johnson, D.L. et Breckrenridge J.N. (1982). The Houston Parent-Child Development Center and the primary prevention of behavior problems in young children. *American Journal of Community Psychology* 10.
- Kellam, S.G., Ensminger M.E. et Turner, R.J. (1977). Family Structure and the Mental Health of Children. *Archives of General Psychiatry* 34: 9.
- Kessler, M. et Albee, G.W. (1975). Primary Prevention. *Annual Review of Psychology* 26: 557-591.
- Kishchuk, N., Bélanger, J., Laurendeau, M.-C., Desjardins, N. et Dray, P. (1994). *La garderie comme ressource en promotion de la santé mentale*. Montréal: Unité de santé publique de l'Hôpital général de Montréal.
- Kurdek, A.L. et Siesky, E.A. (1980). The effects of divorce on children: The relationship between parent and child perspectives. *Journal of Divorce* 4: 85-99.
- Labrecque, E., Cyr, L., Beaulieu, M. (1994). *Synthèse des enquêtes sur les habitudes de vie chez les jeunes pour la région de Québec (03)*. Centre de santé publique de Québec.
- Lamborn, S.D., Brown, B.B., Mounts, N.S., Steinberg. (1993). Putting school in perspective: The influence of family, peers, extra-curricular participation and part-time work on academic engagement, dans F.M. Newman (dir.). *Student Engagement and Achievement in American Secondary Schools*: 153-181. New York: Teachers College Press Columbia University.
- Lapointe, Yvette, Bowen, François et Laurendeau, Marie-Claire. (1994). *Habiletés prosociales et prévention de la violence en milieu scolaire: guides d'activités (1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> année)*. 3 volumes. Montréal. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre. Direction générale de la santé publique.
- Laporte, D. et Sévigny, L. (1993). *Comment développer l'estime de soi de vos enfants, Journal de bord à l'intention des parents*. Montréal. Hôpital Sainte-Justine.
- Lavoie, Sylvie. (1991). *Programme Harmonie*. CLSC Jean-Olivier-Chénier.
- Lawson, Sarah. (1995). *Votre enfant est-il victime d'intimidation*. Éd. de l'Homme.
- Lazar, I. (1983). Discussion and implications of the findings. *Consortium for Longitudinal Studies, As the Twig is Bent...*: 46-467. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Leavell, H.R. et Clark, E.G. (1965). *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. New York: McGraw-Hill.

- Lebel, P. (1991). *Évaluation de la visite postnatale systématique*. Sherbrooke: Département de santé communautaire du CHUS.
- Leduc, F. et Rozefort, W. (1991). *Bilan provincial sur les programmes intégrant les suppléments alimentaires*. DSC du Centre hospitalier de Valleyfield.
- Levant, R.F. et Doyle, G.F. (1983). An evaluation of a parent education program for fathers of school-aged children. *Family Relations* 32: 29-37.
- Lofquist, W.A. (1983). *Discovering the meaning of Prevention*. Tucson, AZ: Associates for Youth Development.
- Lutgtig, D. et Fuchs, D. (1993). *Building on the Strengths of Local Neighbourhood: Social Network Ties for the Prevention of Child Maltreatment*. Rapport final du Neighbourhood Parenting Support Project. Winnipeg: Child and Family Service Research Group. Faculty of Social Work. University of Manitoba.
- Marcos, M. (1985). *L'évaluation des visites postnatales à domicile: revue critique de la littérature*. DSC du Haut-Richelieu.
- Martin, C. et Boyer, G. (1995). *Naître égaux et en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Montréal: Gouvernement du Québec et Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- McKey, S., Condelli, B., Ganson, R.S., Barret, M., McConkey, K. et Plantz, B.J. (1985). *The impact of Head Start on children, families and communities. Final Report of the Head Start evaluation, synthesis, and utilization project*. Washington, D.C.: CSR.
- McMahon, R.J. et Wells, R.C. (1989). *Conduct Disorders*. Dans Mash, E.J. et Barkley, R.A. *Treatment of Childhood Disorders*. New York: Guilford: 73-132.
- Meyers, H.W. (1987). *The adolescent family life project: Addison County Parent Child Center*. Burlington VT: University of Vermont.
- Michelson, L., Sugai, D.P., Wood, R.P. et Kazdin, A.E. (1983). *Social Skill assessment and training with children*. New York: Plenum.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1992). *Maintenant et pour l'avenir... la jeunesse*. Québec.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1993). *Guide d'implantation du programme de soutien à la compétence parentale «Y'a personne de parfait» pour l'année 1992-1993*. MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1993). *Politique de périnatalité*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1993). *Situation des ressources et services du CLSC auprès des enfants de 0-11 ans (et leur famille)*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1995). *La santé et le bien-être des jeunes et l'école: apprendre d'abord à bien vivre sa vie*. Mémoire présenté à la Commission des états généraux de l'éducation.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1995). *Le jeune enfant et ses parents... une croissance et des compétences à valoriser et à soutenir*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1996). *Santé publique 2002: des priorités nationales, cadre d'action stratégique*. Version du 15 juin 1996.
- Mireault, G., Lapointe, J., Fafard A., Drapeau, S. et Cloutier, R. *Entramis, Guide d'animation*. Département de santé communautaire. Hôpital de l'Enfant-Jésus.
- Mireault, G., Drapeau, S., Fafard, A., Lapointe, J. et Cloutier, R. (1991). *Évaluation d'un programme d'intervention auprès d'enfants de parents séparés: le projet Entramis*. Rapport de recherche présenté au CRSSS. DSC de l'hôpital de l'Enfant-Jésus.
- Office des services de garde à l'enfance. (1992). *Politique d'intervention en service de garde à l'intention des enfants issus de milieux défavorisés*. Texte photocopié. Québec.
- Office des services de garde à l'enfance. (1996). *Jouer c'est magique. Programme favorisant le développement global des enfants*. Québec.
- Olds, Henderson, Tatelbaum et Chamberlin. (1986). Improving the Delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 77: 22-36.
- Olweus, D. (1991). Bully/victim problems among school children: Basic facts and effects of a school based intervention program. Dans D. Pepler & K. Rubin (dir.). *The developments and treatment of childhood aggression*: 411-448. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. (1996). *Réflexions sur la pratique de l'orthophonie et de l'audiologie en CLSC*. Document photocopié.

- Ostiguy, L. (1982). *Pertinence de la visite postnatale à domicile à toutes les mères*. Rapport de stage de maîtrise. Département des sciences infirmières. Université de Montréal.
- Panzetta, A.F. (1971). *Community Mental Health: Myth and Reality*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Paquin, Pierre. (1988) «Les jeunes, l'alcool et les drogues: valeurs, profils, problèmes», dans Brisson, Pierre (dir.). *L'usage des drogues et la toxicomanie*: 254-266. Montréal. Gaëtan Morin éditeur.
- Paré, H. (1991). *La formation des parents dans le domaine de la vie familiale: expériences gouvernementales*. Québec. Secrétariat à la famille. Gouvernement du Québec. Texte photocopié.
- Pedro-Carroll. (1990). *New Advances in Preventive Intervention for Children of Divorce*. Conférence présentée au Congrès de l'American Psychological Association. Boston.
- Pepler, D.J., Craig, W.M., Ziegler, S. et Charach, A. (1994). An Evaluation of an anti-bullying intervention in Toronto schools. *Canadian Journal of Community Mental Health* 13: 95-110.
- Phares, V. (1992). Where's Poppa. *American Psychologist* 47: 656-664.
- Piché, C., Roy, B. et Couture, G. (1992). Le projet Apprenti-Sage: une expérience d'intervention précoce et à long terme auprès d'enfants à hauts risques psychosociaux. *Apprentissage et Socialisation* 15: 145-158.
- Powell, D.R. (1978). The interpersonal relationship between parents and caregivers in day care settings. *American Journal of Orthopsychiatry* 48: 680-689.
- Powell, D.R. (1980). Toward a sociological perspective on relations between parents and child care programs. Dans Kilmer, S. (dir.). *Advances in early education and day care settings*: 203-226. Greenwich, C.T.: JAI Press.
- Powell, D.R. (1987). Day Care as a family support system. Dans Kagan, S.L., Powell, D.R., Weissbourd, B. et Zigler, E.F. (dir.). *America's Family Support Programs*. New Haven: Yale University Press.
- Pransky, J. (1991). *Prevention, The critical need*. Springfield, Miss.: Burrel foundation et Paradigm Press.

- Price, R.H., Cowen, E.L., Lorion, R.P. et Ramos-McKay, J. (1989). The search for effective prevention programs: what we learned along the way. *American Journal of Orthopsychiatry* 59 (1): 49-58.
- Rae Grant, N.I. (1994). Preventive interventions for children and adolescents: where are we now and how far have we come? *Canadian Journal of Community Mental Health* 13: 17-36.
- Reasoner, R. (1995). *Comment développer l'estime de soi*. Alberta. Psychometrics Canada Ltd.
- Rotheram-Borus, M.J. (1988). Assertiveness training with children. dans Price, R.H., Cowen, E.L., Lorion, R.P., Ramos-McKay, J. *Fourteen Ounces of Prevention: A case Book for Practitioners*: 83-97. American Psychological Association. Washington DC.
- Roy, G., Allard, F. et Morin, R. (1996). *Dépistage des problèmes visuels et auditifs pour les enfants*. Avis de santé publique adressé aux coordonnatrices et coordonnateurs des CLSC de la région de Québec.
- Royer, N., Bouchard, Y., Desrosiers, J.-D. et Tremblay, M. (1990). Rôle des parents dans l'apprentissage de comportements prosociaux chez des enfants de 3-4 ans: contexte d'intervention préventive de groupe. Dans Dansereau, S., Terrisse, B. et Bouchard, J.-M. (dir.). *Éducation familiale et intervention précoce*: 454-462. Montréal: Éditions Agence d'Arc.
- Sandford, Anne R. et Zelam, Janet G. (1981). *Profil de développement de l'enfant*. Traduction française de Learning Accomplishment Profile, éd. révisée. Chapel Hill Training-Outreach Project. (disponible à la Régie régionale de l'Outaouais).
- Santé et Bien-être social. (1985). *Programme Y'a personne de parfait*. Ottawa.
- Saucier, J.-F. et Houde, L. (dir.). (1990). *Prévention psychosociale pour l'enfance et l'adolescence*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Secrétariat à la famille. (1989). *Familles en tête. Plan d'action en matière de politique familiale, 1989-1991*. Gouvernement du Québec.
- Seitz, V., Apfel, N., Rosenbaum, L. et Zigler E. (1983). Long-term effects of projects Head Start and Follow Through: The New Haven Project. *Consortium for Longitudinal Studies, Lating effects of preschool programs*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Shure, M.B. et Spivack, G. (1988). Interpersonal Cognitive Problem-Solving, dans Price, R.H., Cowen, E.L., Lorion, R.P., Ramos-McKay, J. *Fourteen Ounces of Prevention: A case Book for Practitioners*: 69-82. American Psychological Association. Washington DC.

- Stanwick, R.S., Moffat, M.E.K., Robitaille, Y., Edmond, A. et DOK, C. (1982). Evaluation of the routine postnatal public health nurse home visit. *Canadian Journal of Public Health*: 200-205.
- Swift, C. et Levin, G. (1987). Empowerment: An emerging mental health technology. *Journal of Primary Prevention* 8(1-2): 71-94.
- Tessier, Monique. (1995). *Tronc commun des activités en CLSC pour la clientèle 5-11 ans et leur famille*. Montréal. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre.
- Tessier, R. (1981). Les enfants en difficulté d'adaptation et d'apprentissage: analyse des facteurs de risque. Dans Ministère des affaires sociales (dir.). *L'enfance: revue de la recherche*. Gouvernement du Québec. Ministère des Affaires sociales.
- Tobler, N.S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *The Journal of Drug Issues* 16: 537-567.
- Tremblay, R.E. et Zhou, R.M. (1991). *Le dépistage des difficultés d'adaptation sociale chez les garçons de milieux socioéconomiques faibles: de la maternelle à la fin de l'école primaire*. Montréal: Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant. Université de Montréal.
- Tremblay, R.E., Kurtz, L., Masse, L.C., Vitaro, F. et Pihl, R.O. (1995). A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: Its impact through mid-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63: 560-568.
- Tremblay, R.E., Vitaro, F., Bertrand, L., LeBlanc, M., Beauchesne, H., Boileau, H. et David, L. (1992). Parent and Child Training to prevent early onset of delinquency: The Montreal longitudinal-experimental study. Dans J. McCord et R.E. Tremblay (dir.). *Preventing deviant behavior from birth to adolescence: Experimental Approaches*: 117-138. New York: Guilford Press.
- Trudelle, D. et Montambault E. (1994). Le sentiment de compétence parentale chez des parents d'enfants d'âge préscolaire. *Service social* 43: 47-62.
- Turcotte, G. (1994). *L'implication paternelle: déterminants et modèles d'intervention*. Les centres jeunesse de Montréal et Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale. Université du Québec à Montréal. Document inédit.

- Vachon, J. (1993). Préface dans Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de l'Estrie. *Manuel d'utilisation et d'interprétation de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (I.C.B.E.)*. CPEJ Estrie.
- Vallée, Linda. (1992). *Évaluation du Programme Harmonie*. CLSC Jean-Olivier-Chénier.
- Vézina, A. et Bradet, R. (1990). *Inventaire concernant le bien-être de l'enfant en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (I.C.B.E.)*. Québec: Centre de recherche sur les services communautaires.
- Vitaro, F., Dobkin P.L., Gagnon, C. et Leblanc M. (1994). *Les problèmes d'adaptation psychosociale chez l'enfant et l'adolescent: prévalence, déterminants et prévention*. Monographies de psychologie (11). Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Vitaro, F. et Tremblay, R.E. (1994). Impact of a prevention program on aggressive children's friendships and social adjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology* 22: 457-475.
- Wachtel, Andy. (1994). *L'amélioration de l'aide sociale à l'enfance et à la famille, Résumé et réexamen de onze projets de démonstration récents de la Division des subventions nationales au bien-être social*. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada.
- Webster-Stratton, C. (1981). Modification of mother's behaviors and attitudes through a videotape modeling group discussion program. *Behavior Therapy* 12: 634-642.
- Webster-Stratton, C. (1987). *The Parents and Children Series*. Eugene, OR: Castalia.
- Weissberg, Cowen, Lotyczewski et Gesten. (1983). The Primary Mental Health Project: Seven consecutive years of program outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 100-107.
- Weitzman, Elaine. (1992). *Apprendre à parler avec plaisir, le programme Hanen*. Toronto: Le Centre Hanen.
- Ziegler, S. et Rosenstein-Manner, M. (1991). *Bullying in school*. Toronto: Toronto Board of Education.

# Annexe 1

## Section A

Répertoire synthèse des projets de prévention  
s'adressant aux enfants, aux jeunes et à leur  
famille dans les CLSC

**L**a présente annexe contient l'ensemble des programmes reçus par le comité en réponse à l'appel à tous lancé à l'ensemble du réseau des CLSC en avril 1996. Ce répertoire comporte deux grandes sections. La première fait état de 58 projets de prévention pour lesquels une documentation suffisante nous a été transmise par les CLSC. Cette documentation nous a permis de décrire les principales caractéristiques de chacun des projets: titre, problématique, clientèle visée, objectifs, description du programme, approche utilisée et liste de la documentation disponible. Les programmes ont été regroupés par groupes d'âge (0-5 ans et 5-12 ans) et par catégories ou types de projets (développement des compétences parentales, stimulation précoce, prévention de la violence à l'école, etc.).

Les programmes pour lesquels la documentation était insuffisante ainsi que les outils d'intervention non rattachés à un programme intégral ont été regroupés dans une seconde section intitulée « Autres projets et instruments d'intervention en prévention » (section B). Ont également été intégrés à cette section les projets subventionnés dans le cadre du programme fédéral PACE (programme d'action communautaire pour les enfants) qui nous ont été transmis par les Régies régionales sous forme de résumé de projet (nous avons identifié ces projets avec la mention PACE). À noter qu'à l'intérieur de la section « B » le regroupement des instruments et projets a été fait par CLSC (par ordre alphabétique).

Ce répertoire ne doit pas être perçu comme un relevé exhaustif des projets de prévention s'adressant à l'enfance et à la famille dans les CLSC puisqu'il est basé sur l'information que les CLSC et les Régies régionales ont bien voulu nous faire parvenir à la demande du comité.

## SECTION A

### Les projets par catégories de programmes

0-5 ans	• Services en périnatalité (excluant cours prénatals) .....	1
	• Cours prénatals .....	11
	• Stimulation infantile .....	17
	• Compétences parentales et éducatives en général .....	31
	• Soutien familial .....	39
	• Soutien aux milieux de garde .....	43
	• Évaluation du développement de l'enfant (incluant dépistage) .....	47
5-12 ans	• Prévention de la violence .....	57
	• Compétences parentales .....	65
	• Prévention de la toxicomanie .....	71
	• Compétences psychologiques et relationnelles des jeunes .....	75
	• Compétences des enfants sur le plan scolaire .....	81
	• Les problèmes d'adaptation consécutifs à la séparation ou au divorce .....	85
• Promotion de la santé .....	89	

## SECTION B

### Autres projets et instruments d'intervention en prévention

• Liste des projets et instruments par CLSC .....	93
---	----

# 0-5 ans

- Services en périnatalité (sauf cours prénatals)
- Cours prénatals
- Stimulation infantile
- Compétences parentales et éducatives en général
- Soutien familial
- Soutien aux milieux de garde
- Évaluation du développement de l'enfant (incluant dépistage)



## ► 0-5 ans

Services en périnatalité (sauf cours prénatals)

## CLSC LA CHÉNAIE

### Titre

Projet nutrition prénatale.

### Problématique

Insuffisance de poids à la naissance et prématurité.

### Clientèle visée

Femmes enceintes provenant de milieux socio-économiques défavorisés. Les principaux facteurs de risque sociaux (isolement, monoparentalité, violence, toxicomanie), médicaux (grossesses multiples ou rapprochées, jeune âge) et nutritionnels (maigreur, obésité, diabète, anémie, gain de poids insuffisant) sont également pris en compte pour l'inclusion dans le programme.

### Objectifs

- réduire le nombre de bébés de poids insuffisant, c'est-à-dire pesant moins de 2500 grammes;
- aider les femmes enceintes de milieu défavorisé généralement non rejointes par les activités courantes de périnatalité;
- assurer aux femmes enceintes de milieu défavorisé un suivi global (bio-psycho-social) de grossesse;
- briser l'isolement des femmes enceintes vivant des difficultés socio-économiques;
- développer la création de partenariats entre la collectivité, les professionnels de la santé et les groupes communautaires dans la réalisation du projet.

### Description du programme

Ce programme se veut une application assez fidèle de la méthode Higgins. L'intervention comporte les volets suivants: dépistage nutritionnel et évaluation diététique, évaluation budgétaire et, enfin, suivi régulier toutes les trois semaines.

### Approche utilisée

Méthode Higgins.

### Documents et outils disponibles

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

**CLSC DU RIVAGE**

<b>Titre</b>	Soins prénatals complémentaires.	un autre intervenant, soit en réponse à une demande individuelle.								
<b>Problématique</b>	Prématurité.	<b>Les activités suivantes répondent à l'ensemble des objectifs</b>								
<b>Clientèle visée</b>	Femmes enceintes présentant certaines des caractéristiques suivantes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• adolescente;</li> <li>• femme seule ou isolée socialement;</li> <li>• femme vivant des grossesses rapprochées ou non planifiées;</li> <li>• femme en provenance d'un milieu socio-économique défavorisé;</li> <li>• femme présentant tout autre facteur de risque relié à la grossesse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• évaluation de la demande de services: évaluation des risques et besoins;</li> <li>• discussion d'un plan d'action avec les intervenants impliqués dans la prise en charge;</li> <li>• élaboration avec la femme enceinte d'un plan de services personnalisés.</li> </ul>								
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• permettre un meilleur vécu physique, psychologique et social durant les périodes de la grossesse, de l'accouchement et du postnatal;</li> <li>• favoriser l'acquisition de meilleures habitudes de vie;</li> <li>• contribuer à l'amélioration des conditions de vie et de certaines situations particulières vécues par la femme enceinte et sa famille.</li> </ul>	<p><b>La continuité du service est assuré par</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• des interventions en concertation avec d'autres intervenants professionnels impliqués dans le suivi de la femme enceinte;</li> <li>• des visites à domicile, des consultations au CLSC, des rencontres de une ou deux femmes enceintes;</li> <li>• le renforcement du réseau d'aide naturelle et l'utilisation du réseau communautaire;</li> <li>• l'apport d'aide familiale selon les besoins.</li> </ul>								
<b>Description du programme</b>	Le recrutement des clientes peut se faire selon trois modalités, soit par suite d'une référence médicale, soit au moyen d'une référence par	<p><b>Approche utilisée</b></p> Bio-psycho-sociale.								
		<p><b>Documents et outils disponibles</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Définition de projet</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>Outils d'intervention</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>Document d'évaluation (impact)</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>Matériel audiovisuel</td> <td>N</td> </tr> </table>	Définition de projet	O	Outils d'intervention	O	Document d'évaluation (impact)	N	Matériel audiovisuel	N
Définition de projet	O									
Outils d'intervention	O									
Document d'évaluation (impact)	N									
Matériel audiovisuel	N									

**CLSC LAMATER**

<b>Titre</b>	Projet de thérapie de groupe pour le programme OLO.	solutions qui permettent de satisfaire les besoins nutritionnels de la femme enceinte.								
<b>Problématique</b>	Bébés de petits poids à la naissance.	<b>Approche utilisée</b>								
<b>Clientèle visée</b>	Jeunes femmes enceintes défavorisées au plan socio-économique.	Éducation nutritionnelle et santé (individuelle et groupe).								
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• informer les clientes sur les besoins nutritionnels spécifiques de la femme enceinte;</li> <li>• aider les femmes enceintes à prévenir les périodes de jeûne dues à une mauvaise utilisation des ressources disponibles;</li> <li>• diminuer l'isolement social des clientes en les aidant à renforcer leur réseau d'entraide.</li> </ul>	<b>Documents et outils disponibles</b>								
<b>Description du programme</b>	Le programme comprend une série de trois rencontres obligatoires auxquelles peuvent se greffer des rencontres individuelles au besoin. La durée de ces rencontres est de 1 heure 15 minutes et le nombre de participantes est limité à six personnes. La première rencontre vise à clarifier les objectifs recherchés par le CLSC et le rôle des intervenants. La deuxième rencontre vise à éduquer les participantes sur les aliments et les nutriments essentiels pour assurer la croissance optimale du fœtus. Enfin, une troisième rencontre aborde le problème du manque de nourriture et vise à fournir des	<table border="0"> <tr> <td>Définition de projet</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>Outils d'intervention</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>Document d'évaluation (impact)</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>Matériel audiovisuel</td> <td>N</td> </tr> </table>	Définition de projet	O	Outils d'intervention	O	Document d'évaluation (impact)	N	Matériel audiovisuel	N
Définition de projet	O									
Outils d'intervention	O									
Document d'évaluation (impact)	N									
Matériel audiovisuel	N									

**CLSC DU MARIGOT****Titre**

Programme de services globaux en périnatalité.

**Problématique**

Femmes enceintes vivant une situation de vulnérabilité.

**Clientèle visée**

S'adresse spécifiquement aux femmes enceintes de milieux défavorisés au plan socio-économique.

**Objectifs**

- permettre un meilleur vécu physique, psychologique et social durant les périodes de la grossesse, de l'accouchement et du postnatal;
- favoriser la diminution des naissances prématurées et des bébés de petits poids en augmentant de 20% au moins le nombre de suivis nutritionnels;
- augmenter l'acquisition de meilleures habitudes de vie;
- contribuer à améliorer les conditions de vie et certaines situations particulières vécues par la femme enceinte et sa famille;
- permettre à la femme enceinte de maintenir ou d'acquérir de saines habitudes alimentaires.

**Description du programme**

Le programme de services globaux en périnatalité comprend les éléments suivants:

- un suivi médical-nursing;
- une évaluation et un suivi nutritionnel avec des suppléments alimentaires;
- une évaluation sociale et un suivi selon la problématique identifiée;
- des interventions éducatives individuelles ou de groupe.

**Approche utilisée**

Bio-psycho-sociale (incluant approche nutritionnelle).

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	N
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

**CLSC DE HULL****Titre**

Projet pré et postnatal en quartier.

**Problématique**

Prévention de la prématurité et soins de santé préventifs en général.

**Clientèle visée**

Femmes enceintes présentant des critères de vulnérabilité.

**Objectifs**

- offrir des soins de santé préventifs afin de prévenir des complications chez la future mère ou chez l'enfant en se rapprochant de leur milieu de vie;
- dépister chez la future mère ou chez l'enfant des problèmes de santé;
- permettre aux futures mères et parents d'échanger sur leur expérience de vie;
- permettre aux parents de se renforcer dans leurs habiletés à prendre soin de leur enfant;
- permettre aux parents d'obtenir un support concret près de leur milieu de vie (consultation auprès d'une personne compétente, prise de poids du bébé, vérification du poids et de la tension artérielle chez la future mère, documentation, etc.);
- briser l'isolement des parents face à cet événement familial significatif qu'est la venue d'un enfant;
- créer un milieu d'appartenance.

**Description du programme**

Une infirmière est présente à la Maison de quartier d'un secteur de la ville (Mont-Bleu) un après-midi par semaine. L'intervenante procède à la prise de poids, fait un enseignement pré ou postnatal, remet de la documentation si nécessaire.

**Approche utilisée**

Bio-psycho-sociale.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	N
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

**CLSC DE LA JONQUIÈRE****Titre**

Projet abus et négligence.

**Problématique**

Risque d'abus et de négligence.

**Clientèle visée**

Femmes enceintes représentant un risque de mettre au monde un bébé de petit poids et vivant une situation difficile.

**critères d'admission du point de vue du nursing**

- mère adolescente;
- vit sa grossesse seule;
- milieu défavorisé, alcoolisme-drogue, violence, maladie mentale, etc.

**critères d'admission du point de vue de la nutrition**

- maigre ou obésité avant la grossesse;
- perte de poids;
- alimentation déficiente.

**Objectifs**

Diminuer les risques de négligence et d'abus chez les familles suivies par le programme. De façon plus particulière:

- rejoindre les femmes enceintes référées ou dépistées avant la 20<sup>e</sup> semaine de grossesse;
- évaluer, pour chacune des femmes, les facteurs de risque et les problèmes présents tant sur le plan biologique, socio-économique et psychologique;

- informer et consulter la femme enceinte selon les résultats de l'évaluation et les besoins exprimés à chaque rencontre;
- distribuer gratuitement un supplément alimentaire aux femmes enceintes suivies qui présentent une situation financière précaire.

**Description du programme**

Après une évaluation complète de sa situation (physique, psychosociale, nutritionnelle), la cliente est admise si elle répond aux critères du programme. Celui-ci est structuré autour d'un suivi individuel comprenant six rencontres ou plus selon l'état de la situation.

**Approche utilisée**

Bio-psycho-sociale.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

**CLSC DE FORESTVILLE****Titre**

Système de continuité de soins périnataux.

**Problématique**

Mise sur pied d'un système intégré de soins périnataux dans le contexte du virage ambulatoire.

**Clientèle visée**

L'application du système de continuité des soins périnataux nécessite l'évaluation de toute situation soit en prénatal, per natal et postnatal de toutes les clientes débutant une grossesse et qui accouchent en milieu hospitalier.

La clientèle à rejoindre en priorité est celle qui présente des caractéristiques bio-psycho-sociales défavorables à l'adaptation périnatale ou potentiellement à risque de le devenir.

**Objectifs**

- préparer adéquatement la clientèle au processus de la grossesse, de l'accouchement et de la maternité;
- développer, renforcer et soutenir l'attachement et la compétence parentale;
- déterminer une meilleure coordination des services et de l'aide à apporter aux familles;
- identifier de façon précoce la clientèle à rejoindre en priorité;
- intervenir auprès des parents présentant des difficultés d'adaptation à leur rôle;

- prévenir les mauvais traitements, les risques d'abus, de négligence et de violence exercés à l'égard des enfants.

**Description du programme**

Le système de continuité de soins périnataux se compose de:

- l'avis de grossesse transmis (par courrier) au CLSC par le médecin lors de la première visite pour grossesse;
- le suivi prénatal transmis au besoin au Centre hospitalier par le CLSC après le suivi prénatal par le biais de la mère (dossier obstétrical);
- l'avis de naissance transmis au CLSC par le Centre hospitalier (par télécopieur et courrier) pour l'intervention, l'évaluation et le suivi en postnatal;
- l'autorisation d'informations relativement à la grossesse, au suivi prénatal, à l'accouchement et au suivi postnatal. Une copie est conservée par le médecin et une copie est expédiée au CLSC par courrier.

**Approche utilisée**

Bio-psycho-sociale.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

CLSC DU RIVAGE	
<b>Titre</b> Dépistage postnatal par téléphone.	<b>Approche utilisée</b> Nursing.
<b>Problématique</b> Dépistage des situations difficiles en postnatal.	<b>Documents et outils disponibles</b>
<b>Clientèle visée</b> Toutes les nouvelles mères du territoire.	Définition de projet N
<b>Objectifs</b> Dépistage précoce des problèmes physiques et psychosociaux pouvant découler de l'accouchement et de l'adaptation aux nouvelles responsabilités parentales.	Outils d'intervention O
<b>Description du programme</b> Deux grilles d'évaluation servent de support à cette activité: <ul style="list-style-type: none"><li>• section nouveau-né;</li><li>• section mère.</li></ul>	Document d'évaluation (impact) N
	Matériel audiovisuel N

► **0-5 ans**  
Cours prénatals

<b>CLSC SAINT-HENRI</b>	
<p><b>Titre</b> Ateliers prénatals.</p>	<p><b>Approche utilisée</b> Cognitive, échanges et discussion.</p>
<p><b>Problématique</b> Prévention de la prématurité et des problèmes d'adaptation à la vie familiale.</p>	<p><b>Documents et outils disponibles</b></p>
<p><b>Clientèle visée</b> Jeunes filles enceintes de moins de 21 ans et leur conjoint.</p>	<p>Définition de projet <b>O</b> Outils d'intervention <b>N</b> Document d'évaluation (impact) <b>N</b> Matériel audiovisuel <b>N</b></p>
<p><b>Objectifs</b> Accompagner les femmes enceintes et leur conjoint afin de leur faire vivre une grossesse harmonieuse, de les préparer à leur accouchement et à leur nouveau rôle de parents au moyen d'une série d'ateliers prénatals.</p>	
<p><b>Description du programme</b> Les ateliers sont au nombre de sept. Les thèmes abordés sont les suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• développement du bébé et habitudes de vie;</li> <li>• alimentation durant la grossesse;</li> <li>• changements psychologiques et physiques; devenir papa;</li> <li>• travail et accouchement;</li> <li>• visite à l'hôpital;</li> <li>• préparation matérielle et soins du bébé; l'allaitement maternel;</li> <li>• retour à la maison.</li> </ul>	

CLSC DE HULL									
<b>Titre</b> Jessie (rencontres prénatales pour les adolescentes et jeunes adultes).	relaxation et des conseils sous forme de petits trucs pratiques.								
<b>Problématique</b> Prévention des problèmes d'adaptation face à la grossesse et à l'exercice des rôles parentaux.	<b>Approche utilisée</b> Cognitive et psychosociale.								
<b>Clientèle visée</b> Adolescentes ou jeunes femmes enceintes.	<b>Documents et outils disponibles</b>								
<b>Objectifs</b>	<table border="0"> <tr> <td>Définition de projet</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>Outils d'intervention</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>Document d'évaluation (impact)</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>Matériel audiovisuel</td> <td>N</td> </tr> </table>	Définition de projet	O	Outils d'intervention	O	Document d'évaluation (impact)	N	Matériel audiovisuel	N
Définition de projet	O								
Outils d'intervention	O								
Document d'évaluation (impact)	N								
Matériel audiovisuel	N								
<b>Description du programme</b> Le programme Jessie comprend les éléments suivants:									
<ul style="list-style-type: none"> <li>visite prénatale à domicile;</li> <li>huit rencontres de groupe de deux heures et quart chacune;</li> <li>visite de la salle d'accouchement;</li> <li>rencontre avec le réseau « grands-parents ».</li> </ul>									
La rencontre type comporte un retour sur la semaine, la discussion d'un thème, une collation santé, la présentation d'un vidéo éducatif, des exercices ou un bricolage, une séance de									

CLSC BEAUCE-CENTRE									
<b>Titre</b> Rencontres prénatales (recueil de textes).	<b>Approche utilisée</b> Éducation/cognitive (information)								
<b>Problématique</b> Meilleure préparation aux phases de vie grossesse/accouchement/retour à la maison.	<b>Documents et outils disponibles</b>								
<b>Clientèle visée</b> Toutes les femmes enceintes du territoire.	<table border="0"> <tr> <td>Définition de projet</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>Outils d'intervention</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>Document d'évaluation (impact)</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>Matériel audiovisuel</td> <td>O</td> </tr> </table>	Définition de projet	O	Outils d'intervention	O	Document d'évaluation (impact)	N	Matériel audiovisuel	O
Définition de projet	O								
Outils d'intervention	O								
Document d'évaluation (impact)	N								
Matériel audiovisuel	O								
<b>Objectifs</b> Le recueil de textes fourni par le CLSC vise à appuyer les femmes et leur conjoint dans leur démarche de préparation.									
<b>Description du programme</b> Le document comprend les sections suivantes:									
<ul style="list-style-type: none"> <li>accueil;</li> <li>biberon ou allaitement?</li> <li>adaptation;</li> <li>travail et accouchement;</li> <li>visite à l'hôpital;</li> <li>retour à la maison.</li> </ul>									

► 0-5 ans  
Stimulation infantile

## CLSC DU RIVAGE

### Titre

Les ateliers de stimulation 3-5 ans.

### Problématique

Prévention des retards de développement.

### Clientèle visée

Enfants de 3-5 ans éprouvant des problèmes de développement et leurs parents.

### Objectifs

- offrir à la clientèle ayant participé au dépistage «Mes trois ans» des activités de groupe traitant des différents aspects du développement psychomoteur chez l'enfant de 3-5 ans ;
- faire vivre à l'enfant de 3-5 ans et au parent qui l'accompagne des activités qui lui permettront d'améliorer son développement psychomoteur ;
- sensibiliser le parent à l'importance de pratiquer régulièrement à la maison des activités de stimulation adaptées à chacune des étapes du développement psychomoteur de son enfant ;
- proposer au parent de l'information, du matériel, des jeux et des activités pouvant lui permettre de stimuler le développement psychomoteur de son enfant et l'inciter à aménager un environnement plus stimulant.

### Description du programme

Après le dépistage «Mes trois ans», le CLSC invite les parents et leur enfant semblant présenter une ou des difficultés dans son développement psychomoteur à participer à une série d'ateliers de stimulation. Une série de quatre ateliers aborde les thèmes suivants :

- la motricité globale et les réflexes ;
- le dégagement musculaire et la respiration ;
- les expériences sensorielles ;
- les activités cognitives.

Les ateliers se déroulent en combinant information et séances d'activités (libres et dirigées) de stimulation des enfants.

### Approche utilisée

Cognitive et psycho-éducative.

### Documents et outils disponibles

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

CLSC DU RIVAGE									
<b>Titre</b> Les Ateliers des petits pas.	<b>Description du programme</b> Le programme se présente sous la forme d'activités de groupe traitant des différents aspects du développement psychomoteur, social et cognitif chez les enfants de 18 mois à 5 ans. Il offre également des rencontres thématiques et d'échanges permettant d'augmenter les capacités parentales des participants.								
<b>Problématique</b> Prévention des retards de développement.	<b>Approche utilisée</b> Cognitive et psycho-éducative.								
<b>Clientèle visée</b> Enfants de 18 mois à 5 ans éprouvant certaines difficultés de développement et leurs parents.	<b>Documents et outils disponibles</b>								
<b>Objectifs</b>	<table border="0"> <tr> <td>Définition de projet</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>Outils d'intervention</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>Document d'évaluation (impact)</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>Matériel audiovisuel</td> <td>N</td> </tr> </table>	Définition de projet	O	Outils d'intervention	O	Document d'évaluation (impact)	N	Matériel audiovisuel	N
Définition de projet	O								
Outils d'intervention	O								
Document d'évaluation (impact)	N								
Matériel audiovisuel	N								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• promouvoir et améliorer le développement optimal de l'enfant sur les plans physique, affectif, social et cognitif;</li> <li>• promouvoir et augmenter le développement des compétences parentales;</li> <li>• démarginaliser la clientèle d'enfants de familles vulnérables en les familiarisant doucement au monde scolaire;</li> <li>• permettre à l'enfant et aux parents de vivre des expériences de succès et de fierté personnelle.</li> </ul>									

CLSC DU RIVAGE									
<b>Titre</b> Les ateliers de stimulation 2-12 mois.	<b>Approche utilisée</b> Information combinée à une approche psycho-éducative.								
<b>Problématique</b> Stimulation précoce.	<b>Documents et outils disponibles</b>								
<b>Clientèle visée</b> Parents et leur enfant (2-12 mois) aux prises avec des difficultés d'apprentissage psychomoteur.	<table border="0"> <tr> <td>Définition de projet</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>Outils d'intervention</td> <td>O</td> </tr> <tr> <td>Document d'évaluation (impact)</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>Matériel audiovisuel</td> <td>N</td> </tr> </table>	Définition de projet	O	Outils d'intervention	O	Document d'évaluation (impact)	N	Matériel audiovisuel	N
Définition de projet	O								
Outils d'intervention	O								
Document d'évaluation (impact)	N								
Matériel audiovisuel	N								
<b>Objectifs</b>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>• offrir des activités qui favorisent le développement global d'un enfant;</li> <li>• permettre aux parents de s'impliquer dans les activités avec leur enfant;</li> <li>• encourager les échanges entre les parents sur leurs inquiétudes ou leurs préoccupations concernant le développement de leur enfant.</li> </ul>									
<b>Description du programme</b>									
Le programme comporte une série de quatre ateliers de stimulation. Les thèmes abordés lors de chacun de ces ateliers sont les suivants:									
<ul style="list-style-type: none"> <li>• la régularité des soins, la stimulation des réflexes;</li> <li>• le dégagement, la tonification;</li> <li>• la stimulation des sens, les tempéraments d'enfants;</li> <li>• les tempéraments d'enfants (suite), la relaxation.</li> </ul>									

**CLSC BORDEAUX-CARTIERVILLE****Titre**

Rencontres magiques.

**Problématique**

Développement des habiletés sociales et de l'estime de soi.

**Clientèle visée**

Enfants des classes maternelles âgés de 4 ans.

**Objectifs**

Augmenter la croissance et la maturité socio-affective par le groupe et développer les habiletés sociales chez l'enfant.

**Description du programme**

Il s'agit de rencontres régulières d'une durée de 30 minutes, au rythme d'une fois tous les 15 jours. Une travailleuse sociale est responsable de la préparation des rencontres et de l'animation de la classe en collaboration avec l'enseignante. Pour une description des activités particulières offertes, voir le cahier d'activités intitulé «Socialisation et compétence sociale à la maternelle: répertoire d'activités prosociales à l'intention des éducateurs». Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, septembre 1991.

**Approche utilisée**

Psycho-éducative.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

**CLSC LA CHÉNAIE****Titre**

Programme de soutien familial et de stimulation pour les enfants de 2 à 4 ans.

**Problématique**

Prévention des retards de développement.

**Clientèle visée**

Garçons et filles âgés de 2 à 4 ans et leurs parents. Facteurs de risque: parents âgés de moins de 18 ans, faible scolarité, isolement, peu de disponibilité du parent, familles monoparentales.

**Objectifs**

- favoriser le lien d'attachement positif dans la relation parent-enfant;
- favoriser le développement du sentiment de compétence chez le parent;
- développer chez le parent la capacité de reconnaître et de stimuler les habiletés de son enfant;
- offrir des activités de stimulation à des enfants présentant des difficultés dans les différentes sphères de leur développement.

**Description du programme**

Le programme prend la forme d'ateliers de stimulation d'une durée d'une heure et demie, à raison d'une séance par semaine. Le programme est d'une durée totale de 32 semaines. Le nombre d'enfants par groupe est limité à quatre.

**Approche utilisée**

Psycho-éducative.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	N
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

**CLSC BORDEAUX-CARTIERVILLE****Titre**

Programme de stimulation infantile 0-6 mois.

**Problématique**

Difficultés d'attachement et problèmes de sous-stimulation de l'enfant âgé entre 0 et 6 mois.

**Clientèle visée**

Les mères présentant des facteurs qui peuvent influencer l'attachement, et des signes de sous-stimulation de l'enfant âgé entre 0 et 6 mois.

**Objectifs**

- favoriser l'établissement d'un attachement sain entre la mère et son enfant;
- favoriser l'émergence du plaisir partagé entre la mère et son enfant;
- promouvoir des habiletés favorisant la compétence parentale.

**Description du programme**

Le programme prévoit une rencontre de groupe de deux heures et demie, une fois par semaine, pendant dix semaines. Le contenu type d'un atelier de stimulation comprend les éléments suivants:

- accueil et retour sur la semaine;
- information sur les thèmes;
- discussion;
- exercices moteurs;
- pause tendresse;

- berçage et chanson;
- pause santé;
- activités manuelles;
- rangement et départ.

**Approche utilisée**

Éducation, discussion/échanges, psycho-éducative.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	?
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

**CLSC ARTHUR-CAUX****Titre**

Ateliers de stimulation pour parents et enfants d'âge préscolaire.

**Problématique**

Problèmes de développement ou de comportement.

**Clientèle visée**

Les enfants âgés de 0 à 6 ans qui vivent des difficultés sur le plan de leur développement ou de leur comportement.

**Objectifs**

- faire participer les enfants accompagnés de leurs parents aux ateliers de stimulation précoce organisés par le CLSC;
- amener les enfants inscrits aux ateliers à un développement moteur, cognitif et socio-affectif correspondant à leur stade de développement;
- développer chez le parent l'aptitude à poursuivre à la maison les activités expérimentées aux ateliers.

**Description du programme**

Les ateliers se présentent sous la forme de modules d'activités d'une durée de deux heures. Avec le soutien des intervenantes spécialisées (une éducatrice spécialisée et une infirmière), chaque parent a la charge de réaliser le programme d'activités avec son enfant selon les besoins de celui-ci. On y retrouve entre autres:

- exercices de motricité globale et de motricité fine;
- activités visant à améliorer l'autonomie, les habiletés langagières, l'écoute et les connaissances;
- pré-lecture;
- jeux libres;
- activités de groupe.

**Approche utilisée**

Psycho-éducative (individuelle et de groupe).

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

<b>CLSC DE HULL</b>	
<b>Titre</b> Moi et mon bébé.	<b>Approche utilisée</b> Cognitive/éducative
<b>Problématique</b> Soutien des jeunes mères dans leur rôle parental.	<b>Documents et outils disponibles</b>
<b>Clientèle visée</b> Jeunes mères de moins de 20 ans.	Définition de projet <b>O</b> Outils d'intervention <b>O</b> Document d'évaluation (impact) <b>N</b> Matériel audiovisuel <b>N</b>
<b>Objectifs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• favoriser l'établissement d'un attachement sain entre la jeune mère et son nouveau-né;</li> <li>• promouvoir des habiletés visant la compétence parentale;</li> <li>• promouvoir l'émergence du plaisir partagé entre la jeune mère et son bébé;</li> <li>• briser l'isolement des jeunes mères.</li> </ul>	
<b>Description du programme</b> Il s'agit d'une série de huit rencontres postnatales de groupe. Ces rencontres prennent la forme d'ateliers-stimulation de la relation mère-enfant. Des exercices moteurs différents sont suggérés aux mères à chacune des rencontres qui contiennent également des séances de bricolage permettant de fabriquer des jouets au bébé.	

<b>CLSC DU MARIGOT</b>	
<b>Titre</b> Intervention auprès de dyades à risque.	<b>Approche utilisée</b> Psycho-éducative et psychosociale.
<b>Problématique</b> Stimulation de la relation mère-enfant.	<b>Documents et outils disponibles</b>
<b>Clientèle visée</b> Mères vulnérables isolées socialement (avec jeune bébé).	Définition de projet <b>O</b> Outils d'intervention <b>O</b> Document d'évaluation (impact) <b>N</b> Matériel audiovisuel <b>N</b>
<b>Objectifs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• permettre aux mères de briser l'isolement en rencontrant d'autres mères ayant un vécu semblable;</li> <li>• sensibiliser les mères au plaisir de la relation avec leur enfant.</li> </ul>	
<b>Description du programme</b> Quatre ateliers-stimulation d'une durée d'environ trois heures (dont une séance de pré-atelier) sont offerts aux participants. Ces ateliers sont axés sur la pratique d'exercices pour les parents accompagnés de leur bébé.	

**CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER****Titre**

Programme d'intervention précoce et de soutien parental.

**Problématique**

Développement des compétences parentales.

**Clientèle visée**

Les jeunes parents (17-25 ans) qui sont isolés socialement ou débordés dans leur quotidien et dont les enfants présentent certains retards de développement.

**Objectifs**

Supporter les parents dans l'exercice de leurs rôles parentaux auprès des enfants présentant un retard de développement sur les plans de la motricité fine, motricité globale, socialisation et autonomie de l'enfant et sur le plan langagier.

**Description du programme**

Une intervention de suivi à domicile pouvant s'étendre à un maximum de 14 rencontres (suivi ponctuel, court ou moyen termes). Le programme suit les étapes suivantes:

- première rencontre à domicile: évaluation d'un besoin de suivi, inscription au service et identification du type de suivi requis;
- rencontre des partenaires impliqués au dossier pour bâtir un plan d'intervention;
- en général, on commence par planifier trois rencontres à domicile dans lesquelles les activités suivantes sont prévues: exercices

visant à solliciter la communication et la relation parent-enfant, activités psychomotrices, suggestion d'activités/jeux pouvant être faits à domicile. Ces rencontres permettent également de procéder à une évaluation du profil de compétence parentale. Selon le plan de suivi arrêté, un maximum de dix rencontres peuvent être ensuite offertes. Un bilan de l'intervention vient conclure la démarche.

**Approche utilisée**

Psychosociale et communautaire.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	?
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

**CLSC DE LA VALLÉE DE LA MATAPÉDIA****Titre**

Projet stimulation infantile.

**Problématique**

Stimulation précoce et soutien à l'exercice des rôles parentaux.

**Clientèle visée**

Le projet s'adresse aux enfants âgés de 2 à 5 ans ainsi qu'à leurs parents.

Pour être admissibles au programme, les enfants doivent venir de familles économiquement défavorisées, qui présentent un certain nombre de caractéristiques susceptibles de menacer le développement des enfants.

**Objectifs**

- augmenter la proportion d'enfants d'âge préscolaire qui présentent un niveau de développement normal, aux points de vue socio-affectif, cognitif, langagier et psychomoteur;
- accroître la proportion de parents qui ont recours à des comportements favorables au développement de leur enfant;
- favoriser l'intégration sociale des parents.

**Description du programme**

Le programme comporte trois types d'activités: des activités de stimulation destinées aux enfants, des visites à domicile axées sur les enfants et leurs parents ainsi que des rencontres de groupe à l'intention des parents.

Les activités de stimulation sont offertes au rythme de deux journées par semaine. Ces activités sont offertes par le biais de différents milieux de garde accrédités par l'Office des services de garde à l'enfance.

Les visites à domicile sont effectuées au rythme d'une fois toutes les deux semaines dans chacune des familles et leur durée est d'environ une heure et demie. Ces visites ont pour but de poursuivre les activités de stimulation réalisées en milieu de garde.

Les rencontres de groupe de parents sont structurées et réalisées, en partie, selon le programme national YAPP.

**Approche utilisée**

Animation/échanges/éducation.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	O
Matériel audiovisuel	N

CLSC DE LA VALLÉE	
<b>Titre</b> Les douces marraines.	<b>Description du programme</b> Visites dans les familles d'une durée de trois heures et demie chacune. S'étend généralement sur une période de huit semaines.
<b>Problématique</b> Familles à risque de négligence envers les enfants.	<b>Approche utilisée</b> Le service repose sur l'intervention de mères visiteuses bénévoles issues de la communauté.
<b>Clientèle visée</b> Familles à risque de négligence ayant au moins un enfant de 0-2 ans.	<b>Documents et outils disponibles</b>
Les infirmières en périnatalité et les travailleuses sociales identifient et réfèrent les familles selon les critères établis.	Définition de projet O Outils d'intervention N Document d'évaluation (impact) N Matériel audiovisuel N
<b>Objectifs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• favoriser le développement du lien mère/enfant dès les premiers mois;</li> <li>• favoriser le développement global de l'enfant par une stimulation précoce;</li> <li>• aider à l'organisation concrète du foyer;</li> <li>• prévenir les risques de négligence parentale en servant de modèle d'identification;</li> <li>• réduire l'isolement social des familles en les amenant à utiliser les ressources de leur réseau de soutien formel et informel;</li> <li>• permettre un répit à la mère.</li> </ul>	

# ► 0-5 ans

## Compétences parentales et éducatives en général

## CLSC DU RIVAGE

### Titre

Les parents du Rivage.

### Problématique

Développement des capacités parentales.

### Clientèle visée

Parents d'enfants de 0-5 ans éprouvant des difficultés dans le domaine de leurs responsabilités parentales.

### Objectifs

Diminuer les difficultés relationnelles chez les parents ayant des enfants âgés entre 0 et 5 ans en leur permettant de sortir de leur isolement.

### Description du programme

Le groupe de parents se rencontrait une fois par semaine pendant deux heures et demie. Un service de garde était offert pour prendre soin des enfants dans un local adjacent. Les rencontres étaient animées par deux intervenantes accompagnées d'une famille soutien partageant son vécu et ses expériences.

### Voici un aperçu des thèmes abordés lors des rencontres

- être parent: facile ou pas facile?
- les parents ont-ils des besoins?
- être tout petit et avoir d'aussi grands besoins;
- la discipline, à quoi ça sert?
- quel style de parent suis-je?

- apprentissage à la propreté;
- l'alimentation;
- la rivalité fraternelle.

### Approche utilisée

Cognitive et discussion/échanges.

### Documents et outils disponibles

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

### CLSC FLEUR DE LYS

<p><b>Titre</b> Programme de soutien parental et de support éducatif.</p> <p><b>Problématique</b> Prévention des retards de développement.</p> <p><b>Clientèle visée</b> Enfants vulnérables de 18 mois à 5 ans.</p> <p><b>Objectifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stimuler de façon efficace le développement des capacités de l'enfant dans sa globalité aux points de vue social, langagier, psychomoteur et cognitif;</li> <li>• favoriser chez les parents l'adoption et le maintien d'attitudes éducatives favorables au développement des enfants;</li> <li>• améliorer et augmenter le réseau de support social, formel et informel des parents;</li> <li>• maintenir la concertation et la complémentarité dans l'action de divers partenaires concernés par la petite enfance: Office des services de garde à l'enfance, Commission scolaire, garderies, CLSC;</li> <li>• maintenir et consolider le soutien professionnel au personnel de garderies concernées dans un support régulier à l'intervention;</li> <li>• supporter les éducatrices des garderies pour identifier et répondre à des besoins particuliers d'enfants âgés de 18 mois à 5 ans (discussion de cas, plan d'intervention, suivi);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• assurer la consolidation des acquis auprès des éducatrices.</li> </ul> <p><b>Description du programme</b> Le programme comprend trois grands volets:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• intervention individuelle et de groupe auprès de l'enfant;</li> <li>• intervention auprès des parents: rencontre de suivi, intervention à la maison;</li> <li>• intervention auprès des éducatrices en garderie: formation, supervision individuelle et collective.</li> </ul> <p><b>Approche utilisée</b> Cognitive, psycho-éducative et communautaire</p> <p><b>Documents et outils disponibles</b></p> <table border="0"> <tr><td>Définition de projet</td><td style="text-align: right;">O</td></tr> <tr><td>Outils d'intervention</td><td style="text-align: right;">O*</td></tr> <tr><td>Document d'évaluation (impact)</td><td style="text-align: right;">N</td></tr> <tr><td>Matériel audiovisuel</td><td style="text-align: right;">N</td></tr> </table> <p>* Le contenu du programme s'inspire du programme de support éducatif développé par le CLSC de l'Estuaire (voir description dans le document principal).</p>	Définition de projet	O	Outils d'intervention	O*	Document d'évaluation (impact)	N	Matériel audiovisuel	N	<p><b>Description du programme</b> Le programme permet aux enfants des familles de fréquenter au moins deux jours par semaine un service de garde reconnu (garderie ou agence de garde en milieu familial). Un service de transport par autobus est offert. Le programme comporte un volet rencontres de support parental ainsi que des ateliers parents-enfants. Un suivi individuel est également offert avec évaluation familiale et évaluation de l'enfant.</p> <p><b>Approche utilisée</b> Psycho-éducative et communautaire.</p> <p><b>Documents et outils disponibles</b></p> <table border="0"> <tr><td>Définition de projet</td><td style="text-align: right;">O</td></tr> <tr><td>Outils d'intervention</td><td style="text-align: right;">O</td></tr> <tr><td>Document d'évaluation (impact)</td><td style="text-align: right;">O</td></tr> <tr><td>Matériel audiovisuel</td><td style="text-align: right;">N</td></tr> </table>	Définition de projet	O	Outils d'intervention	O	Document d'évaluation (impact)	O	Matériel audiovisuel	N
Définition de projet	O																	
Outils d'intervention	O*																	
Document d'évaluation (impact)	N																	
Matériel audiovisuel	N																	
Définition de projet	O																	
Outils d'intervention	O																	
Document d'évaluation (impact)	O																	
Matériel audiovisuel	N																	

### CENTRE DE SANTÉ DE PORT-CARTIER

<p><b>Titre</b> Soutien familial et support éducatif.</p> <p><b>Problématique</b> Familles vulnérables ayant des enfants de 0-5 ans.</p> <p><b>Clientèle visée</b> Parents et enfants (0-5 ans) vivant des situations de vulnérabilité, au point de vue de la compétence parentale.</p> <p><b>Objectifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• donner aux parents l'occasion d'accroître leurs compétences parentales;</li> <li>• diminuer le nombre ou l'ampleur des retards de développement et des troubles de comportement chez les enfants 0-5 ans;</li> <li>• diminuer le nombre de signalements retenus au Centre jeunesse Côte-Nord concernant la négligence, les abus physiques et sexuels pour le groupe d'âge 0-5 ans;</li> <li>• diminuer le taux de naissances prématurées ou de bébés de petits poids.</li> </ul>	<p><b>Description du programme</b> Le programme permet aux enfants des familles de fréquenter au moins deux jours par semaine un service de garde reconnu (garderie ou agence de garde en milieu familial). Un service de transport par autobus est offert. Le programme comporte un volet rencontres de support parental ainsi que des ateliers parents-enfants. Un suivi individuel est également offert avec évaluation familiale et évaluation de l'enfant.</p> <p><b>Approche utilisée</b> Psycho-éducative et communautaire.</p> <p><b>Documents et outils disponibles</b></p> <table border="0"> <tr><td>Définition de projet</td><td style="text-align: right;">O</td></tr> <tr><td>Outils d'intervention</td><td style="text-align: right;">O</td></tr> <tr><td>Document d'évaluation (impact)</td><td style="text-align: right;">O</td></tr> <tr><td>Matériel audiovisuel</td><td style="text-align: right;">N</td></tr> </table>	Définition de projet	O	Outils d'intervention	O	Document d'évaluation (impact)	O	Matériel audiovisuel	N	<p><b>Description du programme</b> Le programme permet aux enfants des familles de fréquenter au moins deux jours par semaine un service de garde reconnu (garderie ou agence de garde en milieu familial). Un service de transport par autobus est offert. Le programme comporte un volet rencontres de support parental ainsi que des ateliers parents-enfants. Un suivi individuel est également offert avec évaluation familiale et évaluation de l'enfant.</p> <p><b>Approche utilisée</b> Psycho-éducative et communautaire.</p> <p><b>Documents et outils disponibles</b></p> <table border="0"> <tr><td>Définition de projet</td><td style="text-align: right;">O</td></tr> <tr><td>Outils d'intervention</td><td style="text-align: right;">O</td></tr> <tr><td>Document d'évaluation (impact)</td><td style="text-align: right;">O</td></tr> <tr><td>Matériel audiovisuel</td><td style="text-align: right;">N</td></tr> </table>	Définition de projet	O	Outils d'intervention	O	Document d'évaluation (impact)	O	Matériel audiovisuel	N
Définition de projet	O																	
Outils d'intervention	O																	
Document d'évaluation (impact)	O																	
Matériel audiovisuel	N																	
Définition de projet	O																	
Outils d'intervention	O																	
Document d'évaluation (impact)	O																	
Matériel audiovisuel	N																	

**CLSC FLEUR DE LYS****Titre**

Groupes de parents à l'écoute.

**Problématique**

Support au développement de la compétence parentale.

**Clientèle visée**

Parents d'enfants de 0-5 ans.

**Objectifs**

Créer un lieu où les parents se rencontrent pour favoriser l'échange, le support et promouvoir un sentiment de compétence parentale. Plus précisément, le projet vise à stimuler la réflexion et à développer des attitudes positives pour aider les parents à mieux s'adapter à l'exercice de leurs responsabilités parentales. De plus, il a pour objectif de valoriser les parents et de les aider à développer leur confiance à l'égard de leur capacité à se créer une meilleure qualité de vie familiale et sociale.

**Description du programme**

Le projet prend la forme de groupes de parents (une rencontre toutes les deux semaines). D'une durée de deux heures et demie, chaque mini-cours s'articule autour des trois phases suivantes:

- résolution de problèmes vécus par les parents;
- résumé;
- auto-évaluation.

Par exemple, le mini-cours débute par la présentation d'un sketch (marionnettes) illustrant un problème lié au thème choisi. Suit une période de discussion-information. Enfin, une solution possible est présentée avec la complicité des marionnettes.

**Approche utilisée**

Cognitive et résolution de problèmes.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	<b>O</b>
Outils d'intervention	<b>N</b>
Document d'évaluation (impact)	<b>N*</b>
Matériel audiovisuel	<b>N</b>

\* Il existe une évaluation globale succincte sur les conditions de réalisation du projet.

**CLSC NORMANDIE****Titre**

Évaluation sommaire en postnatal et profil de la compétence parentale.

**Problématique**

Problème d'attachement mère-enfant ou risque de négligence.

**Clientèle visée**

Toutes les mères qui accouchent sur le territoire du CLSC.

**Objectifs**

L'évaluation sommaire en postnatal vise à dépister des parents, plus particulièrement des mères, à risque de non attachement mère-enfant ou à risque de négligence. Il permet une identification précoce de plusieurs facteurs de risque tels que: prématurité, insuffisance de poids, état de santé de l'enfant, grossesses rapprochées ou adaptation au rôle parental.

Le profil de compétence parentale est un instrument permettant à l'intervenant d'évaluer la compétence d'un parent, avec ses forces et ses limites. Il est utilisé par les intervenants dans une perspective préventive, auprès de jeunes familles ayant des enfants de 0 à 5 ans. Il permet également d'analyser les besoins du parent en termes de support à l'acquisition d'une plus grande compétence. Il peut aider l'intervenant à se prononcer sur la pertinence de recourir aux services de deuxième ligne.

**Description du programme****Évaluation sommaire**

L'instrument couvre les aspects suivants: renseignements de la déclaration de naissance, le

déroulement de l'accouchement et du retour à la maison, une évaluation sommaire du réseau familial et social. L'instrument est utilisé par l'infirmière, lors d'une entrevue téléphonique, auprès de toutes les femmes du territoire qui accouchent.

**Profil de la compétence parentale**

L'instrument se compose des trois sections suivantes:

- la description générale de la famille et des conditions environnementales dans lesquelles celle-ci évolue;
- la liste des treize capacités parentales à coter, ainsi que des indices observables suggérés pour chaque capacité;
- la compilation des résultats permettant d'illustrer le profil de compétence du parent évalué sous forme de courbe, et élaboration des recommandations.

**Approche utilisée**

Bio-psycho-sociale.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet*	<b>O</b>
Outils d'intervention	<b>O</b>
Document d'évaluation (impact)	<b>N</b>
Matériel audiovisuel	<b>N</b>

\* Le CLSC remet aux parents un livret comprenant neuf dépliants d'information sur les différents stades de développement de l'enfant (0-3 ans).

CLSC DE L'AQUILON									
<p><b>Titre</b> Père engagé.</p>	<p><b>Approche utilisée</b> Animation de groupe (au moyen d'activités sollicitant une participation concrète des pères: jeux, fabrication de cartons, questionnaires, discussion, etc.), sensibilisation et éducation.</p>								
<p><b>Problématique</b> Problèmes découlant de la faible implication des pères auprès de leurs enfants.</p>	<p><b>Documents et outils disponibles</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Définition de projet</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Outils d'intervention</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Document d'évaluation (impact)</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Matériel audiovisuel</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>	Définition de projet	0	Outils d'intervention	0	Document d'évaluation (impact)	0	Matériel audiovisuel	0
Définition de projet	0								
Outils d'intervention	0								
Document d'évaluation (impact)	0								
Matériel audiovisuel	0								
<p><b>Clientèle visée</b> Père d'enfants de 0-10 ans.</p>									
<p><b>Objectifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sensibiliser les pères à l'importance de leurs relations avec les enfants;</li> <li>• explorer de nouveaux modes d'intervention favorisant le rapprochement père-enfant;</li> <li>• aider les hommes à s'impliquer davantage dans la vie de leur famille;</li> <li>• faciliter les liens d'attachement père-fils, père-fille.</li> </ul>									
<p><b>Description du programme</b> Quatre rencontres de groupes qui s'articulent autour des thèmes suivants: mon héritage de père et moi comme père (jeux avec choix de cartons), apprivoiser son enfant (vidéo), la naissance de la famille (présentation théorique avec échange) et paterner à différents âges.</p>									

▶ **0-5 ans**  
Soutien familial

## CLSC LA SOURCE

### Titre

Les jeunes mères veillent.

### Problématique

Isolement après la naissance d'un enfant.

### Clientèle visée

Jeunes mères vulnérables au point de vue du réseau de soutien.

### Objectifs

- regrouper les jeunes mères vulnérables déjà suivies en santé maternelle par l'infirmière;
- introduire l'intervenante sociale auprès de cette clientèle par le biais du groupe;
- dédramatiser le rôle de l'intervenante sociale car la majorité des jeunes ont déjà connu dans leur enfance une ou plusieurs intervenantes dans un contexte de placement ou autres situations de crise;
- mieux connaître les besoins de cette clientèle;
- briser l'isolement de ces femmes;
- préciser un plan d'action avec chacune d'elles.

### Description du programme

Dans une première phase, cinq rencontres de deux heures ont été tenues. Les rencontres ont donné lieu à des échanges sur les sujets suivants: enfants, sorties, émotions, préoccupations, avenir, chums et belles-mères.

De plus, les différentes intervenantes ont donné de l'information sur les ressources du milieu. Enfin, les filles elles-mêmes ont partagé les informations qu'elles avaient recueillies en faisant certaines démarches (garderie, cuisines collectives, etc.).

### Approche utilisée

Psychosociale et communautaire.

### Documents et outils disponibles

Définition de projet	O
Outils d'intervention	N
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

► 0-5 ans  
Soutien aux milieux de garde

**CLSC DE L'ESTUAIRE**

**Titre**

Programme d'intervention précoce en collaboration avec les milieux de garde (dans le cadre d'un protocole d'entente avec l'Office des services de garde).

**Problématique**

Prévention des retards de développement.

**Clientèle visée**

Enfants de 2 à 5 ans provenant de milieux défavorisés.

**Objectifs**

- favoriser le développement global des enfants;
- prévenir les retards de développement.

**Description du programme**

Le CLSC a la responsabilité de recruter les familles qui sont susceptibles de bénéficier de ce programme. Les intervenants du CLSC travaillent en collaboration avec les services de garde en vue de réaliser des activités de stimulation faisant partie d'un plan d'intervention à l'intention de ces enfants. Les enfants sélectionnés fréquentent alors l'un des services de garde participant au programme pour une période équivalente à deux jours par semaine.

**Approche utilisée**

Psycho-éducative

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	N
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

CLSC LA SOURCE ET LES AUTRES CLSC DE LA RÉGION 03	
<b>Titre</b> Service d'aide à l'enfant et à son milieu (SAEM).	• apprentissage de moyens concrets d'intervention.
<b>Problématique</b> Enfants avec troubles de comportement.	À ces rencontres s'ajoute au besoin la possibilité d'un suivi ponctuel dans le milieu de garde et la famille.
<b>Clientèle visée</b> Enfants 0-5 ans.	<b>Approche utilisée</b> Démarche d'intervention structurée :
<b>Objectifs</b> Aider les enfants 0-5 ans qui présentent des troubles de comportement et prévenir une détérioration de la situation de ces enfants.  Plus précisément, le programme veut donner aux intervenants en milieu de garde et aux parents une formation et des outils particuliers pour répondre aux besoins des enfants en difficulté. De plus, le programme vise à offrir aide et support à la famille et au milieu de garde en regard des enfants qui présentent des troubles de comportement.	<b>observer</b> refaire avec les intervenants et les parents le portrait de l'enfant avec ses forces et ses limites. Identifier avec eux le comportement à modifier.
	<b>comprendre</b> identifier les besoins de l'enfant, des parents et du milieu de garde.
	<b>intervenir</b> élaborer des stratégies, des moyens concrets pour aider l'enfant en tenant compte des forces et limites de l'enfant et des milieux.
	<b>évaluer</b> évaluer si le comportement a été modifié (fréquence, intensité). Revoir si les besoins de l'enfant sont davantage satisfaits et réviser les stratégies et les moyens s'il y a lieu.
<b>Description du programme</b> <b>Programme de perfectionnement offert aux intervenants en milieu de garde (10 rencontres)</b>	<b>Documents et outils disponibles</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• acquisition de connaissances précises face à différents troubles de comportement;</li> <li>• apprentissage et expérimentation d'une démarche structurée d'intervention;</li> <li>• utilisation d'outils adaptés aux milieux de garde: guide d'observation, guide d'intervention, guide d'évaluation.</li> </ul>	Définition de projet <b>O</b> Outils d'intervention <b>O</b> Document d'évaluation (impact) <b>O</b> Matériel audiovisuel <b>N</b>
<b>Programme de formation offert aux parents (3 rencontres)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• enrichissement des connaissances sur les besoins de l'enfant 0-5 ans;</li> </ul>	

# ► 0-5 ans

## Évaluation du développement de l'enfant (incluant dépistage)

**CLSC DU RIVAGE**

<b>Titre</b>	<b>Approche utilisée</b>										
Dépistage 0-12 mois.	Bio-psycho-sociale.										
<b>Problématique</b>	<b>Documents et outils disponibles</b>										
Prévention des retards de développement.	<table border="0"> <tr> <td>▼</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Définition de projet</td> <td><b>O</b></td> </tr> <tr> <td>Outils d'intervention</td> <td><b>O</b></td> </tr> <tr> <td>Document d'évaluation (impact)</td> <td><b>N</b></td> </tr> <tr> <td>Matériel audiovisuel</td> <td><b>N</b></td> </tr> </table>	▼		Définition de projet	<b>O</b>	Outils d'intervention	<b>O</b>	Document d'évaluation (impact)	<b>N</b>	Matériel audiovisuel	<b>N</b>
▼											
Définition de projet	<b>O</b>										
Outils d'intervention	<b>O</b>										
Document d'évaluation (impact)	<b>N</b>										
Matériel audiovisuel	<b>N</b>										
<b>Clientèle visée</b>											
Tous les enfants de 0-12 mois du territoire.											
<b>Objectifs</b>											
Favoriser la croissance et le développement optimal de l'enfant, et ce, dès son plus jeune âge.											
<b>Description du programme</b>											
Lors de la rencontre à domicile des parents d'enfant premier-né, leur remettre la brochure d'auto-évaluation « Croissance et développement de mon enfant » (que le parent doit apporter avec lui lors des cliniques de vaccination). Pour tous les parents de nouveau-nés joints par téléphone, leur offrir de se procurer cette brochure au CLSC. Pour tous les autres cas, la brochure sera remise aux parents lors de la première visite au CLSC.											
Lors de la première visite à la clinique de vaccination, le questionnaire d'auto-évaluation est vérifié et la fiche de puériculture complétée. Si l'enfant semble présenter des difficultés dans son développement, l'infirmière pourra faire la suggestion de certaines activités pertinentes. Si nécessaire, l'infirmière pourra offrir une autre rencontre, soit aux ateliers de stimulation ou à un autre moment selon la situation.											

**CLSC DE HULL****Titre**

Bilan trois ans.

**Problématique**

Prévention des retards de développement.

**Clientèle visée**

Enfants de 3 ans provenant de familles particulièrement vulnérables du territoire.

**Objectifs**

- effectuer l'évaluation générale de l'enfant;
- permettre une meilleure connaissance de l'enfant par le parent;
- orienter les familles vers des ressources appropriées, si nécessaire.

**Description du programme**

Le recrutement se fait de façon informelle, entre autres par le développement de contacts avec les personnes ressources des secteurs visés, par l'affichage de publicité dans les locaux stratégiques des quartiers ou à l'aide d'une lettre d'information remise aux élèves de l'école du quartier ayant de la fratrie de 3 ans.

Les infirmières en petite enfance et les intervenantes psychosociales forment l'équipe polyvalente chargée de procéder aux évaluations. Chaque intervenante est en mesure de procéder à l'ensemble de l'évaluation. Cette approche permet au parent et à l'enfant de ne rencontrer qu'une seule personne. Seule la vaccination, si nécessaire, est administrée par l'infirmière.

**Le bilan comprend quatre éléments**

- accueil;
- évaluation:
  - psychosociale (pre-Denver);
  - santé (immunisation, vision, audition, courbe statur pondérale au besoin);
- synthèse, recommandations, orientation;
- retour de l'équipe d'évaluation (discussion en équipe si jugé nécessaire).

**Approche utilisée**

Bio-psycho-sociale.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

**CLSC DU RIVAGE****Titre**

Dépistage Mes trois ans.

**Problématique**

Prévention des difficultés d'adaptation et des problèmes d'apprentissage à l'école.

**Clientèle visée**

Tous les enfants de 3 ans du territoire.

**Objectifs**

- assurer un dépistage systématique dans les domaines visuel, auditif, langagier, psychomoteur, social et affectif auprès des enfants de 3 ans du territoire;
- informer et supporter les parents au sujet des habitudes alimentaires de leur enfant;
- assurer la vérification et la mise à jour de l'état immunitaire des enfants;
- sensibiliser les parents à la santé dentaire des enfants d'âge préscolaire;
- élaborer un plan de service ou plan d'intervention individualisé.

**Description du programme**

Une lettre ainsi qu'un questionnaire sont postés aux parents dans les mois suivant l'anniversaire de 3 ans de leur enfant. Le parent prend alors un rendez-vous avec la secrétaire et celle-ci le confirme quelques jours avant la date prévue et demande au parent d'apporter le questionnaire préalablement complété.

Deux infirmières et une hygiéniste dentaire sont présentes à l'activité. L'hygiéniste dentaire

informe le parent de l'importance d'une alimentation non cariogène et des mesures d'hygiène bucco-dentaire adéquates, puis fait un examen des dents de l'enfant pendant que le parent complète les sections du questionnaire «Santé dentaire et alimentation». L'infirmière demande au parent de compléter les sections suivantes du dossier: informations générales, histoire personnelle, vision, audition-langage, autonomie, habitudes de vie. Pendant que le parent complète le questionnaire, l'infirmière est en activité avec l'enfant, dans la même pièce que le parent. À l'aide de matériel adapté, elle vérifie les connaissances, la motricité fine et globale, la vision, le langage et le degré d'autonomie de l'enfant tout en observant son comportement pendant la rencontre. Par la suite, l'enfant s'occupe à des jeux libres pendant que l'infirmière rencontre le parent, révisé le questionnaire qu'il a complété et lui donne les résultats obtenus lors des activités. Elle en profitera pour répondre aux questions du parent, lui transmettre les informations pertinentes et lui remettre la documentation utile. Au besoin, elle référera à la ressource concernée.

**Approche utilisée**

Bio-psycho-sociale.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

**CLSC DU RIVAGE****Titre**

Suivi de la croissance et du développement de mon enfant (0-12 mois).

**Problématique**

Dépistage des problèmes de développement chez le jeune enfant.

**Clientèle visée**

Tous les nouveau-nés du territoire.

**Objectifs**

Aider les parents à exercer un meilleur suivi du développement de leur enfant.

**Description du programme**

Un carnet est remis aux parents lors de l'accouchement. Il contient divers items à cocher (oui ou non) sur les différentes étapes du développement du bébé à 2, 4, 6, 8, 10, 12 mois.

Un carnet de suivi conçu cette fois pour les besoins de l'équipe professionnelle est intégré au dossier de périnatalité.

**Approche utilisée**

Nursing.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

**CLSC LES BLÉS D'OR****Titre**

Programme d'évaluation de l'enfant avant son intégration au milieu scolaire.

**Problématique**

Suivi du développement de l'enfant (emphasis sur l'aspect santé physique, aspect psychosocial dans une moindre mesure).

**Clientèle visée**

Tous les enfants de 4 ans.

**Objectifs**

Ce programme vise à dépister, avant leur entrée en première année, les enfants présentant certains déficits cognitifs ou physiques. Son but est donc de faire en sorte que les enfants puissent intégrer l'école sans déficit majeur ou en bonne voie de récupération.

**Description du programme**

Ce programme se présente sous forme de cliniques touchant les aspects suivants:

- immunisation de l'enfant;
- évaluation de la psychomotricité;
- évaluation du langage;
- dépistage de problèmes perceptuels;
- suivi ou référence selon le besoin.

**Approche utilisée**

Nursing.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

CLSC LES BLÉS D'OR	
<b>Titre</b> Programme d'évaluation de l'enfant de 2 ans.	<b>Approche utilisée</b> Nursing et psychosocial.
<b>Problématique</b> Suivi du développement de l'enfant (2-3 ans).	<b>Documents et outils disponibles</b>
<b>Clientèle visée</b> Tous les enfants du territoire âgés de 2 ans.	Définition de projet O
<b>Objectifs</b> Vise à établir le profil du développement de tous les enfants entre 2 et 3 ans du territoire.	Outils d'intervention O
<b>Description du programme</b> L'évaluation porte sur les aspects suivants:	Document d'évaluation (impact) N
<ul style="list-style-type: none"> <li>• physique;</li> <li>• langage;</li> <li>• socio-affectif;</li> <li>• psychomoteur;</li> <li>• autonomie;</li> <li>• hygiène de vie.</li> </ul>	Matériel audiovisuel N

## 5-12 ans

- Prévention de la violence
- Compétences parentales
- Prévention de la toxicomanie
- Compétences psychologiques et relationnelles des jeunes
- Compétences des enfants sur le plan scolaire
- Les problèmes d'adaptation consécutifs à la séparation ou au divorce
- Promotion de la santé



# ► 5-12 ans

---

Prévention de la violence

## CLSC DE LA HAUTE-YAMASKA

### Titre

Programme de promotion des conduites pacifiques.

### Problématique

Prévention de la violence.

### Clientèle visée

Jeunes de niveau primaire (deuxième cycle) qui présentent des difficultés à gérer leurs conflits.

### Objectifs

- diminuer les comportements violents des enfants à l'école, dans leur famille et leur milieu;
- valoriser les comportements non violents des enfants;
- améliorer le climat socio-affectif à l'intérieur de l'école et du milieu;
- susciter l'implication du milieu dans la promotion des conduites pacifiques;
- diminuer, à moyen terme, la délinquance à l'adolescence.

### Description du programme

Le groupe est constitué de dix garçons de quatrième et cinquième année. Le recrutement des jeunes se fait soit par l'entremise du personnel de l'école, du parent ou de l'intervenant CLSC. La démarche s'échelonne sur environ 15 semaines. Les rencontres ont lieu durant les périodes d'enseignement moral et religieux et sont d'une durée d'une heure. Les parents sont

conviés à une rencontre pour comprendre la démarche dans laquelle leur enfant est intégré.

### Une rencontre type

- retour sur les événements de la semaine;
- retour sur la rencontre passée;
- thème de la semaine;
- activité ou mise en situation en lien avec le thème;
- objectif du travail pour la semaine;
- sport (20 à 30 minutes);
- retour sur la rencontre.

### Approche utilisée

Cognitive.

### Documents et outils disponibles

Définition de projet	O
Outils d'intervention	N
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

**CLSC DU RIVAGE****Titre**

Promouvoir des attitudes pacifiques en milieu scolaire.

**Problématique**

Prévention de la violence à l'école.

**Clientèle visée**

Tous les élèves de la maternelle à la deuxième année.

**Objectifs**

- sensibiliser la direction, les professeurs, les parents et les élèves au phénomène de la violence;
- susciter une prise de conscience du phénomène violence dans le milieu de l'école;
- définir la violence, la formuler selon les croyances, les valeurs et les perceptions avec tous les partenaires impliqués;
- favoriser la qualité de vie à l'école.

**Description du programme**

Tous les élèves des classes maternelle, de première et de deuxième année ont participé à un programme préconisant l'acquisition d'habiletés sociales et de résolution de conflits relationnels. Le matériel d'animation s'inspirait du programme «Habilités prosociales et prévention de la violence en milieu scolaire, au primaire» (DSC de l'Hôpital général de Montréal).

Tous les enseignants ont participé à un atelier sur le thème de la résolution des conflits. Les parents ont été sollicités pour participer au projet de différentes façons (envoi d'un questionnaire, envoi de lettres les informant du déroulement du projet ainsi qu'une invitation à une soirée parents et à une participation au sous-comité de suivi).

Un comité regroupant des parents-membres, des représentants de la direction et l'intervenante sociale a été formé pour suivre l'évolution du projet.

**Approche utilisée**

Cognitive, développement des habiletés relationnelles (théorie et pratique).

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

**CLSC DE HULL****Titre**

Je pense avant d'agir.

**Problématique**

Prévention de la violence à l'école primaire.

**Clientèle visée**

Tous les élèves du primaire (premier et deuxième cycle)

**Objectifs**

- sensibiliser les jeunes à la violence verbale, physique et psychologique;
- prévenir les comportements agressifs, violents et abusifs;
- transmettre le sens du respect: de soi, des autres et du milieu scolaire;
- amener les élèves à poser des gestes d'entraide entre eux;
- enseigner aux élèves des moyens concrets d'éviter la violence.

**Description du programme**

Le projet s'adresse à tous les groupes du premier et du deuxième cycle et il est adapté aux différents groupes d'âge. Il comporte un total de six rencontres, dont deux sont consacrées à l'éducation et à des mises en situation et les quatre autres sont des séances de révision-échanges avec les élèves. Le temps alloué à chaque rencontre est de 30 minutes.

**Approche utilisée**

Cognitive, échanges et jeux de rôle.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

CLSC DE HULL	
<b>Titre</b> Résolution des conflits.	<b>Approche utilisée</b> Cognitive et jeux de rôle.
<b>Problématique</b> Prévention de la violence.	<b>Documents et outils disponibles</b>
<b>Clientèle visée</b> Tous les élèves du primaire.	Définition de projet O Outils d'intervention O Document d'évaluation (impact) N Matériel audiovisuel N
<b>Objectifs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• faire prendre conscience aux élèves que les conflits font partie de la vie;</li> <li>• amener l'élève à se responsabiliser dans la résolution d'un conflit l'impliquant;</li> <li>• amener l'élève à connaître les règles essentielles pour faciliter la résolution d'un conflit;</li> <li>• faire connaître aux élèves une série de moyens concrets pour résoudre leurs conflits;</li> <li>• démontrer qu'il y a des façons perdantes et des façons gagnantes de résoudre un conflit.</li> </ul>	
<b>Description du programme</b> Le projet est accessible à tous les groupes de premier et deuxième cycle. Le contenu peut être divisé en trois rencontres d'environ une heure. Un cahier résumant le contenu du projet est remis à chaque élève.	

CLSC JARDIN DU QUÉBEC	
<b>Titre</b> Prévention des abus sexuels et de la violence au primaire.	<b>Documents et outils disponibles</b>
<b>Problématique</b> Prévention de la violence.	Définition de projet O Outils d'intervention O Document d'évaluation (impact) N Matériel audiovisuel N
<b>Clientèle visée</b> Élèves du primaire et leur parents.	
<b>Objectifs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• développer la confiance en soi et dans les autres;</li> <li>• développer le respect des autres ainsi que le respect de la différence.</li> </ul>	
<b>Description du programme</b> Activités de classe et d'école. Collaboration avec les professeurs et la direction de l'école. Développer et renforcer les côtés positifs des élèves et apprendre à les reconnaître et les apprécier. Découvrir et reconnaître le beau et le bon chez l'autre.	
<b>Approche utilisée</b> Approche de groupe incluant sensibilisation, groupe de croissance, formation de multiplicateurs	

CENTRE DE SANTÉ DES HAUTS-BOIS									
<p><b>Titre</b> Prévention de la violence à l'école primaire.</p>	<p><b>Approche utilisée</b> Sensibilisation.</p>								
<p><b>Problématique</b> Prévention de la violence.</p>	<p><b>Documents et outils disponibles</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Définition de projet</td> <td style="text-align: right;">N</td> </tr> <tr> <td>Outils d'intervention</td> <td style="text-align: right;">O</td> </tr> <tr> <td>Document d'évaluation (impact)</td> <td style="text-align: right;">N</td> </tr> <tr> <td>Matériel audiovisuel</td> <td style="text-align: right;">N</td> </tr> </table>	Définition de projet	N	Outils d'intervention	O	Document d'évaluation (impact)	N	Matériel audiovisuel	N
Définition de projet	N								
Outils d'intervention	O								
Document d'évaluation (impact)	N								
Matériel audiovisuel	N								
<p><b>Clientèle visée</b> Tous les élèves du primaire.</p>									
<p><b>Objectifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• amener les professeurs et les parents au constat de violence;</li> <li>• sensibiliser à la notion de violence et des différentes formes qu'elle prend;</li> <li>• informer les participants sur les répercussions de la violence;</li> <li>• diminuer concrètement les gestes, les paroles ou les actes de violence à l'école.</li> </ul>									
<p><b>Description du programme</b> Une fois au cours de l'année scolaire, une rencontre est organisée avec chaque niveau. Présentation et description de la violence et ses conséquences. Échanges. La présentation et le matériel remis aux jeunes sont adaptés en fonction de l'âge des élèves.</p>									

# ▶ 5-12 ans

Compétences parentales

## CLSC MERCIER-EST/ANJOU

### Titre

Soutien aux parents ayant des enfants réfractaires à l'autorité (« Training for Parents of Defiant Children »).

### Problématique

Prévention des problèmes de comportement à l'école, de la délinquance.

### Clientèle visée

Parents d'enfants difficiles sur le plan de l'obéissance.

### Objectifs

- entraîner les parents à améliorer la qualité de leur attention lors de l'exercice de leurs rôles parentaux et leur capacité à modifier le comportement de leur enfant;
- augmenter la capacité des parents à utiliser les incitatifs positifs plutôt que la punition erratique pour amener l'enfant à se conformer aux consignes;
- enseigner aux parents l'utilisation de la punition modérée lorsque l'enfant ne se conforme pas aux demandes;
- réduire la fréquence des demandes répétées;
- apprendre à reconnaître et à éviter les situations d'escalade (confrontation négative avec l'enfant).

### Description du programme

Le programme consiste en la formation d'un groupe de parents à qui l'on offre une série de sessions de deux heures chacune sur les habiletés parentales relativement à la fonction d'autorité.

### Rencontre-type

- revue du travail à la maison demandé la semaine précédente (ces travaux consistent à observer certaines situations dans la famille et à pratiquer les attitudes apprises dans les relations avec les enfants);
- discussion semi-structurée à partir d'un contenu présenté par les animateurs;
- explication d'un nouveau travail.

### Approche utilisée

Cognitive et échanges/discussion.

### Documents et outils disponibles

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

**CLSC BORDEAUX-CARTIERVILLE****Titre**

Ateliers Harmonie parent.

**Problématique**

Développement des compétences parentales.

**Clientèle visée**

Tous les parents ayant des enfants âgés entre 6 et 11 ans.

**Objectifs**

- favoriser la création de relations harmonieuses entre le parent et son enfant dans un climat de respect réciproque et de plaisir mutuel;
- aider les parents à mieux connaître le développement et les besoins de leurs enfants;
- soutenir les parents dans l'acquisition d'habiletés éducatives augmentant l'autonomie et l'estime de soi chez leurs enfants;
- améliorer et maintenir une bonne communication avec ses enfants;
- se connaître mieux en tant que parent.

**Description du programme**

Le programme comporte une série de neuf rencontres qui se déroulent au rythme d'une fois par semaine. Une travailleuse sociale et une éducatrice spécialisée sont responsables de l'animation des rencontres.

**Aperçu du contenu de chacune de ces rencontres**

- introduction;
- le développement et les besoins des 6-7-8 ans;
- le développement et les besoins des 9-10-11 ans;
- parent un jour, parent toujours;
- la discipline;
- écoute ce que je ne dis pas;
- la négociation, où s'arrêter;
- l'école... mon enfant et moi;
- à être déterminé par les participants.

**Approche utilisée**

Cognitive/information/discussion en groupe.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	N
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

**CENTRE DE SANTÉ SAINTE-FAMILLE****Titre**

De l'écoute à la discipline.

**Problématique**

Compétence parentale.

**Clientèle visée**

Parents d'enfants de 6 à 12 ans.

**Objectifs**

Ce programme de nature préventive et communautaire vise avant tout à améliorer la relation des parents d'enfants âgés de 6 à 12 ans.

**De façon plus précise et concrète**

- permettre aux parents de se regrouper et d'échanger sur les divers aspects de la réalité qu'ils vivent;
- favoriser une meilleure compréhension de leurs enfants;
- identifier et développer des attitudes éducatives appropriées;
- susciter l'entraide au delà même de l'application de ce programme;
- permettre de recruter des parents animateurs pour des rencontres subséquentes que les intervenants pourraient supporter.

**Description du programme**

Par une série de rencontres offertes aux parents, le programme rejoint les éléments fondamentaux du métier de parent. Le programme se déroule en deux phases. En première partie, les thèmes retenus rejoignent les volets essentiels de la communication et de la discipline. Les thèmes offerts sont les suivants:

- présentation du programme et psychologie de l'enfant âgé de 6 à 12 ans;
- mon profil de parent;

- la communication;
- je t'écoute;
- j'ai quelque chose à te dire;
- la discipline;
- la résolution des conflits;
- l'entraide.

Après une évaluation de cette première série de rencontres, et en fonction surtout du désir des parents, d'autres thèmes pourront également être abordés. Avec la collaboration de diverses personnes-ressources du milieu, les thématiques suivantes pourraient être traitées:

- la motivation scolaire;
- la rivalité fraternelle;
- le développement de la sexualité;
- l'alcool et les autres drogues;
- famille séparée, reconstituée, etc.

Les rencontres sont offertes en soirée afin de permettre tant au père qu'à la mère d'être présents. Les activités suivantes sont au cœur de chacune des rencontres:

- information/éducation;
- échanges;
- exercices;
- tâches à la maison;
- vidéo.

**Approche utilisée**

Éducation/échanges/approche de groupe.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

# ► 5-12 ans

---

Prévention de la toxicomanie

## CLSC MÉTRO

<p><b>Titre</b></p> <p>Substance Abuse Program.</p>	<p><b>Approche utilisée</b></p> <p>Cognitive et behaviorale.</p>
<p><b>Problématique</b></p> <p>Toxicomanie.</p>	<p><b>Documents et outils disponibles</b></p> <p>▼</p> <p>Définition de projet           O</p> <p>Outils d'intervention           O</p> <p>Document d'évaluation (impact)   N</p> <p>Matériel audiovisuel           N</p>
<p><b>Clientèle visée</b></p> <p>Adolescents (13-17 ans).</p>	
<p><b>Objectifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• informer les jeunes sur les principales drogues consommées et sur leurs effets néfastes;</li> <li>• habiliter les jeunes à reconnaître les comportements qui dénotent un problème de drogue;</li> <li>• améliorer les habiletés de communication interpersonnelle des jeunes et leur compétence dans la résolution de problème;</li> <li>• informer les jeunes au sujet des ressources disponibles.</li> </ul>	
<p><b>Description du programme</b></p> <p>Se présente sous la forme d'ateliers (entre un et trois) comprenant diverses activités comme les jeux de rôle, les discussions de groupe et les échanges d'information. Entre autres, le programme aborde la question de la résistance aux pressions des pairs. Trois formats d'ateliers ont été conçus pour répondre aux besoins particuliers des différents groupes d'âge et degrés du secondaire.</p>	

## ► 5-12 ans

Compétences psychologiques  
et relationnelles des jeunes

## CLSC SAINT-HUBERT

### Titre

Projet Estime de soi.

### Problématique

Prévention des problèmes d'adaptation et de santé mentale.

### Clientèle visée

Enfants de 5 à 9 ans.

### Objectifs

- augmenter l'estime de soi chez les enfants âgés entre 5 et 12 ans fréquentant le milieu scolaire;
- développer, chez l'enfant, les compétences relationnelles avec les pairs et l'adulte responsable;
- sensibiliser et responsabiliser l'adulte à l'importance de son rôle éducatif, face à l'estime de soi, chez l'enfant;
- mobiliser les milieux scolaire et communautaire à interagir sur l'estime de soi de l'enfant dans le cadre de ses activités courantes;
- instaurer une continuité dans les actions dans le domaine des activités parascolaires avec le personnel animateur dans les quartiers visés.

### Description du programme

L'approche utilisée s'inspire du modèle «The Building of Self Esteem», qui a été adapté au contexte québécois par les spécialistes de la santé publique de l'hôpital Sainte-Justine.

Le programme offre aux enfants près de 30 heures annuellement (par groupe-classe) d'activités à caractère pédagogique et éducatif: jeux de rôle, discussions, projets école comme le conseil de coopération, le journal étudiant, etc. S'ajoutent à cela des activités de loisirs offertes pendant l'été par les parcs des quartiers visés avec une préoccupation de renforcement de l'estime de soi.

En ce qui a trait au volet adulte, des activités de formation sur le développement de l'estime de soi et les attitudes favorables sont rendues disponibles autant aux parents qu'aux enseignants et aux autres intervenants intéressés.

### Approche utilisée

Cognitive, échanges/discussion et participation communautaire.

### Documents et outils disponibles

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

**CLSC BORDEAUX-CARTIERVILLE****Titre**

Filles de cœur.

**Problématique**

Risque d'inadaptation sociale et de maladie mentale.

**Clientèle visée**

Fillettes âgées entre 9 et 12 ans, vivant seules avec leur mère, famille à faible revenu.

**Objectifs**

- développer des facteurs protecteurs comme l'estime personnelle, la confiance en soi ainsi que les compétences sociales;
- favoriser la transition du primaire au secondaire afin d'éviter les problèmes d'adaptation.

**Description du programme**

Au début de l'année scolaire, les fillettes susceptibles de bénéficier de ce programme sont identifiées à partir de la fiche d'inscription de l'élève. Une fiche profil de l'enfant est ensuite complétée avec le personnel scolaire. Le projet est présenté aux mères et, seulement avec leur autorisation, le projet sera présenté aux jeunes filles. Le détail des différentes activités est présenté à l'intérieur du cahier de bord « Groupes de développement des compétences sociales: filles de cœur ».

**Approche utilisée**

Psychosociale.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

**CLSC SAINT-HENRI****Titre**

Au cœur d'une planète.

**Problématique**

Éducation interculturelle en milieu de garde.

**Clientèle visée**

Enfants en milieu de garde âgés entre 10 mois et 6 ans.

**Objectifs**

- favoriser l'examen des comportements souhaités de la part des familles et des enfants de différentes cultures;
- contribuer à l'adoption, dans leurs attitudes et leurs interventions, des principes d'ouverture d'esprit et de tolérance;
- développer l'intérêt et la curiosité pour des personnes de diverses cultures, pour d'autres langues et pour d'autres modes de vie.

**Description du programme**

Le document comporte deux grandes parties. La première renferme la philosophie d'approche éducative en milieu multiculturel. La seconde regroupe toute une série d'activités que les éducatrices peuvent intégrer dans leur programmation pour éveiller les enfants au phénomène multiculturel. Ces activités s'adressent aux différents groupes d'âge, avec une insistance sur les 3-5 ans.

**Approche utilisée**

Éducation au moyen de jeux, comptines, chansons, bricolages, etc.

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

**CLSC DES PATRIOTES****Titre**

Développer l'estime de soi chez l'enfant.

**Problématique**

Prévention des problèmes d'adaptation divers.

**Clientèle visée**

Enfants d'âge primaire.

**Objectifs**

- développer chez l'enfant un sentiment de sécurité comme élément préalable au développement d'une estime de soi positive;
- aider l'enfant à construire son sentiment d'identité;
- favoriser le développement d'un sentiment d'appartenance à un groupe;
- supporter l'enfant dans l'acquisition d'un sentiment de compétence scolaire, personnelle et sociale.

**Description du programme**

Le projet se déploie sur trois plans différents: enfants, parents, enseignants.

**Volet enfants**

Les enfants participent à une rencontre hebdomadaire de 45 minutes qui se tient après l'école durant cinq semaines. Chaque rencontre aborde les éléments clés de l'estime de soi au moyen d'ateliers, de mises en situation, d'exercices et de discussions-échanges. L'utilisation de la caméra vidéo est également favorisée.

**Volet parents**

La participation des parents est obligatoire s'ils désirent que leur enfant prenne part au projet. Durant 5 semaines, les parents participent à des rencontres traitant des fondements de l'estime de soi chez l'enfant. De façon à établir des liens entre le groupe d'enfants et le groupe de parents, les mêmes sujets sont abordés simultanément. Des exercices pratiques sont suggérés aux parents pour le suivi à la maison.

**Volet enseignants**

Ceux-ci sont invités à participer autant aux groupes enfants qu'aux groupes parents.

**Approche utilisée**

La philosophie du projet s'inspire fortement de celle du programme «Building Self Esteem» (Robert W.Reasonner).

**Documents et outils disponibles**

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	O

# ► 5-12 ans

## Compétences des enfants sur le plan scolaire

## CLSC DE HULL

### Titre

Projet de prévention de l'absentéisme et de l'abandon scolaire.

### Problématique

Prévention de l'abandon scolaire.

### Clientèle visée

Élèves du primaire et du secondaire éprouvant des problèmes de ponctualité (les enfants ayant plusieurs absences à leur dossier).

### Objectifs

- favoriser la fréquentation scolaire nécessaire au développement personnel et social de chaque élève;
- susciter l'entraide entre les élèves vivant les mêmes problématiques scolaires;
- créer des relations de confiance avec les élèves afin de les aider à trouver des solutions à leurs problèmes;
- briser l'isolement et aider les jeunes à diminuer leurs tensions par l'intervention de groupe;
- encourager les élèves à découvrir des attitudes gagnantes face à leur école et à leur avenir.

### Description du programme

Après une évaluation des jeunes référés pour absentéisme, les élèves sont intégrés au sein d'un groupe d'environ 15 étudiants de leur niveau. Les rencontres ont lieu toutes les trois semaines et s'étendent aussi longtemps que nécessaire. Lors de la première rencontre, un vidéo intitulé «Où est-ce qu'on va le dire ce qu'on a à dire?» est présenté aux élèves. Puis, à chaque rencontre, un outil d'animation contenu dans le cahier PASS est utilisé. À l'aide de ce cahier, l'élève fait le bilan de ses trois dernières semaines et se fixe un objectif qu'il inscrit dans son cahier PASS. Il peut également s'en servir pour confier ses préoccupations, ses peines ou ses secrets. En plus de ces rencontres de groupe, un suivi individuel est également offert si nécessaire.

### Approche utilisée

Approche de groupe (animation, expression) complétée par des interventions individuelles.

### Documents et outils disponibles

Définition de projet	<input type="radio"/>
Outils d'intervention	<input type="radio"/>
Document d'évaluation (impact)	<input type="radio"/>
Matériel audiovisuel	<input type="radio"/>

CLSC DE LA VALLÉE	
<b>Titre</b> À vos devoirs.	<b>Approche utilisée</b> Intervention multidisciplinaire et multisectorielle exigeant l'implication des professeurs et des professionnels du milieu scolaire.
<b>Problématique</b> Problèmes d'adaptation en milieu scolaire (de comportement ou académique).	<b>Documents et outils disponibles</b>
<b>Clientèle visée</b> Enfants âgés de 7 à 12 ans vivant des difficultés scolaires.	Définition de projet O Outils d'intervention N Document d'évaluation (impact) N Matériel audiovisuel N
<b>Objectifs</b> Intervenir précocement auprès des enfants et de leurs parents afin de favoriser la réussite des enfants.	
<b>Description du programme</b> Trois volets d'activités sont proposés : <ul style="list-style-type: none"> <li>• les visites à domicile et l'accompagnement dans la réalisation des devoirs et leçons;</li> <li>• les rencontres de groupes de parents abordant des thèmes comme leur rôle dans le suivi scolaire de leurs enfants;</li> <li>• les activités entre enfants.</li> </ul> <p>Pendant toute la période de visites à domicile, des échanges ont lieu avec les professeurs et des rencontres occasionnelles sont organisées au besoin.</p>	

# ► 5-12 ans

Les problèmes d'adaptation consécutifs  
à la séparation ou au divorce

## CLSC SEIGNEURIE DE BEAUHARNOIS

### Titre

Les enfants du divorce.

### Problématique

Enfants dont les parents sont séparés

### Clientèle visée

Élèves de cinquième et sixième année vivant cette situation.

### Objectifs

- dédramatiser la situation de la séparation et du divorce en vue d'habiliter le jeune à mieux gérer ses ressources personnelles;
- offrir au jeune un contexte sécurisant afin de lui permettre d'exprimer ses sentiments en rapport avec la séparation;
- favoriser le support et l'échange en leur offrant l'opportunité de partager leur expérience avec d'autres;
- aider le jeune à trouver des moyens concrets pour faire face à des situations ou à des émotions difficiles reliées à leur condition;
- donner au jeune de l'information sur les étapes normales d'une séparation afin de mieux dédramatiser sa propre situation.

### Description du programme

Le programme s'articule autour de huit rencontres qui ont lieu après la classe sur une base hebdomadaire (à raison d'environ une heure par rencontre). Le groupe est animé par une intervenante sociale du CLSC.

Les thèmes proposés sont: l'annonce de la séparation, qu'est-ce qui a changé depuis la séparation, l'étape du deuil en rapport avec la séparation, parent de fin de semaine, famille reconstituée, l'avenir.

Le fonctionnement du programme est basé sur la transmission d'informations, des exercices de relaxation, l'expression des sentiments et la préparation, par l'élève, d'un contrat dans lequel il enregistre les points suivants: ce qu'il veut changer, le besoin sur lequel il veut travailler, la responsabilité de ses parents face à ce besoin, la responsabilité du jeune face au même besoin et les tâches qu'il a à faire au cours de la semaine.

### Approche utilisée

Cognitive, behaviorale et psychosociale.

### Documents et outils disponibles

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

CLSC MERCIER-EST/ANJOU	
<b>Titre</b>	<b>Approche utilisée</b>
Les enfants de la séparation.	Groupe de soutien, information, orientation, dépistage.
<b>Problématique</b>	<b>Documents et outils disponibles</b>
Enfants dont les parents sont séparés (impact psychologique).	Définition de projet O
<b>Clientèle visée</b>	Outils d'intervention O
Enfants de 9 à 12 ans de parents séparés et vivant des difficultés d'adaptation à la séparation.	Document d'évaluation (impact) N
<b>Objectifs</b>	Matériel audiovisuel N
Le principal objectif consiste à permettre aux enfants de mieux traverser la période difficile qu'est la rupture récente de la cellule familiale.	
<b>Description du programme</b>	
Le programme comprend neuf rencontres thématiques offertes à raison d'une fois par semaine. Au moyen de films, jeux, discussions, dessins, l'enfant apprend à exprimer ses émotions et ses difficultés depuis la séparation. Thèmes abordés: annonce et histoire reliées à la séparation; visites au père ou à la mère incluant l'adaptation au nouveau conjoint et à ses enfants s'il y a lieu. Un groupe est offert aux parents en collaboration avec le CREP afin d'aider les parents et améliorer leur communication avec leur enfant face à la séparation.	

► **5-12 ans**  
 Promotion de la santé

## CLSC MÉTRO

### Titre

Health and Social Concerns: Information Sessions for 11-12 year olds.

### Problématique

Information santé et bien-être s'adressant aux jeunes qui s'appêtent à faire la transition au secondaire.

### Clientèle visée

Tous les étudiants de sixième année.

### Objectifs

- permettre aux étudiants de faire des apprentissages concernant les questions de santé et de bien-être qui les touchent;
- habiliter les étudiants à discuter de ces questions en groupe et leur permettre d'exprimer leurs sentiments et leurs inquiétudes à propos de ces questions;
- leur donner les outils leur permettant de prendre des décisions santé.

### Description du programme

Se présente sous forme de discussions avec l'infirmière scolaire du CLSC. Dans un premier temps, l'enseignant de la classe de sixième identifie avec ses élèves les sujets qu'ils sont intéressés à discuter avec l'infirmière. Des rencontres sont ensuite organisées avec celle-ci. Les discussions sont centrées sur les préoccupations des élèves et se déroulent avec l'ensemble de la classe et en petits groupes.

### Approche utilisée

Cognitive/éducation.

### Documents et outils disponibles

Définition de projet	O
Outils d'intervention	O
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	N

CLSC MÉTRO	
<b>Titre</b>	Dentosaure.
<b>Problématique</b>	Hygiène dentaire.
<b>Clientèle visée</b>	Enfants 3-5 ans.
<b>Objectifs</b>	Favoriser dès l'enfance l'acquisition de saines habitudes d'hygiène bucco-dentaire.
<b>Description du programme</b>	Dentosaure et son amie Dentoline font appel aux jeux, à la chanson et à la comptine pour enseigner à l'enfant à développer de saines habitudes d'hygiène dentaire.
<b>Approche utilisée</b>	Éducation au moyen de l'audiovisuel.
<b>Documents et outils disponibles</b>	
Définition de projet	N
Outils d'intervention	N
Document d'évaluation (impact)	N
Matériel audiovisuel	O

# Annexe 1

## Section B

Autres projets et instruments d'intervention  
en prévention

classés par CLSC

#### **CENTRE DE SANTÉ DE LA BASSE CÔTE-NORD**

- « Mieux vivre en famille à Saint-Augustin » - PACE

#### **CENTRE DE SANTÉ DE LA HAUTE CÔTE-NORD**

- Enfance-famille, un développement harmonisé et complémentaire - PACE

#### **CENTRE DE SANTÉ DE PORT-CARTIER**

- « Projet de soutien familial et de support éducatif » - PACE

#### **CENTRE DE SANTÉ SAINT-JEAN-EUDES**

- Projet stimulation infantile - PACE
- Ateliers parents-enfants 2-4 ans - PACE
- Joujouthèque de jouets éducatifs
- Prévention des abus sexuels auprès des 4-11 ans
- Rencontres « YAPP »
- Dépistage multidisciplinaire 2-5 ans
- Estime de soi avec élèves du primaire
- Prévention de la violence et de la toxicomanie
- Sensibilisation sur la consommation d'alcool et de drogue

#### **CLSC LES ABOITEAUX**

- Cliniques de santé des jeunes (2, 4, 6 mois, 1 an, 1 an et demi, 4 ans)
- « Ateliers Bout'choux 0-6 mois » (stimulation parents-enfants)
- « YAPP »
- Jeunes aidants au secondaire
- « Projet boîte à lunch » (au secondaire)
- Ateliers parents-enfants
- « L'envolée » (groupe de soutien parental)
- Programme affirmation de soi (enfants 9-10-11 ans)
- Programme affirmation de soi (volet parents)
- « Point de départ » (programme LEAF pour les décrocheurs potentiels)

**CLSC DE L' AQUILON**

- Projet école-CLSC-famille: insertion sociale et meilleure concertation entre les intervenants des deux réseaux (projet de concertation MEQ/MSSS)

**CLSC ARTHUR-CAUX**

- Ateliers de stimulation précoce « Je grandis »

**CLSC DES AURORES BORÉALES**

- Prévention de la négligence et de la violence faites envers les enfants 0-5 ans

**CLSC BORDEAUX-CARTIERVILLE**

- Fiche-dossier « Entrevue téléphonique postnatale » (annexe 1)
- Aide-mémoire (intervenants) intitulé « Travail de bureau »
- Résumé des phases de développement de l'enfant de 2 à 19 mois avec étapes à surveiller sur les plans psychomoteur, langagier, etc. (annexe 3)
- Fiches de suivi du bébé et de l'enfant (2 mois à 5 ans) pour les intervenants (annexe 4)
- Visites à domicile et continuité de soins
- Rencontres prénatales
- Accueil téléphonique (postnatal 0-2 ans)
- Programme gardiens avertis
- Sociométrie (La sociométrie au service de l'intervenant social en milieu scolaire)

**CLSC CHALEURS**

- Rapport final du projet « Grandissons ensemble »

**CLSC CHÂTEAUGUAY**

- Projet école-CLSC-famille: développement des habiletés sociales et familiales (projet de concertation MEQ/MSSS)

**CLSC LA CHAUMIÈRE**

- Projet école-CLSC-famille: limiter la détérioration de la situation de l'enfant et subvenir à ses besoins particuliers en matière de développement (projet de concertation MEQ/MSSS)

**CLSC DES CHUTES**

- Série de rencontres « Être parent, c'est pas évident »

**CLSC DES COTEAUX**

- Projet école-CLSC-famille: prévenir les problèmes d'adaptation et développer les compétences parentales au moyen d'une collaboration famille-école-communauté (projet de concertation MEQ/MSSS)

**CLSC DRUMMOND**

- Projet école-CLSC-famille: intervention précoce auprès des jeunes qui vivent des échecs scolaires (projet de concertation MEQ/MSSS)

**CLSC DE L' ÉLAN**

- Feuilles de suivi « Notes d'évaluation multidisciplinaire »
- Questionnaire pré-immunisation
- Profil du bébé 0-1 mois postnatal (modèle Dorothea Orem)
- Dossier de santé du nourisson (modèle Dorothea Orem)
- Courbes de croissance et développement physique de la naissance à 36 mois
- Feuilles de suivi « Services d'aide aux nouveaux parents »

**CLSC DE L'ESTUAIRE**

- Programme de stimulation précoce
- Programme « Aide-parents » (parents de jeunes bébés)
- Mères visiteuses

**CLSC DES ETCHEMINS**

- Ateliers de prévention et d'estime de soi au niveau préscolaire
- Ateliers sur l'attachement
- Ateliers sur la discipline
- Projet « Contre-Action-Violence » (prévention de la violence à l'école)

### CLSC DE FORESTVILLE

- « Carrefour de la famille »

### CLSC LES FORGES

- Fiche histoire néonatale
- Fiche vaccination
- Programme accueil à la petite enfance
- Interventions prénatales en milieux défavorisés (OLO)
- Entrevues téléphoniques et visites postnatales
- Cliniques de puériculture
- Programme de vaccination
- Ateliers de stimulation

### CLSC FRONTENAC

- Projet école-CLSC-famille: amélioration des habiletés sociales des enfants et des capacités parentales sur deux années (projet de concertation MEQ/MSSS)

### CLSC GASTON-LESSARD

- « Brin d'éveil » (ateliers parents-enfants pour les 0-2 ans)
- Projet global Desjardins (pour les parents d'enfants 0-5 ans)
- Programme « Hanen » (ateliers de communication parents-enfants)
- Projet d'intervention précoce (enfants de 4 ans et leurs parents)
- L'intervention en ateliers auprès des parents avec enfants hyperactifs
- Ateliers et projets de layette pour femmes enceintes vulnérables

### CLSC GRANDE-RIVIÈRE

#### 0-5 ans

- Cliniques de la petite enfance sur rendez-vous (activités de dépistage et de développement des enfants 0-3 ans et demi)
- Ateliers de stimulation du bébé et de compétences parentales (0-4 ans avec sous-groupes: 0-6 mois, 6-12 mois, 12-18 mois, 2-4 ans)
- Groupes parents enfants avec l'orthophoniste
- Rencontres sur la discipline avec une psychologue

#### 6-12 ans :

- « Être parent, quel contrat et PALS » (« Parent, assist, learning in school ») (intervention auprès des parents soucieux de mieux comprendre le comportement de leur enfant)
- « Entre-filles » et « Jeunes d'action » (aide aux devoirs et acquisition de comportements pacifiques)
- « Club Sac à dos » et « Apprendre en jouant » (aide aux devoirs et acquisition de comportements pacifiques auprès enfants du premier cycle primaire)
- « Une oreille attentive » et « Drop a note » (intervention auprès d'enfants du primaire pour briser la solitude)
- Programme s'adressant aux 6-12 enfants dont les parents sont séparés
- « Bright Beginnings » (prévenir les problèmes de comportement d'enfants de 6-7 ans)
- Programme santé dentaire
- Programme vaccination
- Programme pour les enfants témoins de violence
- Consolidation et mise sur pied de Maisons de la famille
- Projet école-CLSC-famille : développer les habiletés parentales et s'assurer de répondre au plus grand besoin d'aide et d'entraide de chaque famille (projet de concertation MEQ/MSSS)

### CLSC DE LA HAUTE-YAMASKA

- Guide de conduite pacifique et d'accompagnement (« Les trouvailles de Toupaix »)
- Projet école-CLSC-famille : augmenter les compétences parentales et renforcer les liens famille-école (projet de concertation MEQ/MSSS)

### CLSC DU HAVRE

- Projet école-CLSC-famille : aider plus particulièrement l'école à rejoindre les parents qui n'ont pas été très coopératifs à venir jusqu'à maintenant (projet de concertation MEQ/MSSS)

### CLSC DE HULL

- Programme sur les habiletés et les compétences parentales (enfants de 0-8 ans)
- Proposition d'orientation de travail concernant le support au rôle parental
- Philosophie d'intervention « Une philosophie qui trouve son application concrète auprès des familles »
- « Des amis-es je m'en fais et je les garde »

### CLSC JEAN-OLIVIER-CHÉNIER

- Courbes de croissance et du développement physique de la naissance à 36 mois pour filles et garçons
- Projet « Découverte » (compétences parentales)
- Projet « OLO »
- Programme « Petit à petit »
- Initiative « Place-O-Père » (implication des pères)
- Programme « Harmonie »
- Programme « CARE » (prévention des abus sexuels)
- Programme « Panda » (groupe d'entraide pour les parents d'enfants ayant des déficits d'attention)

### CLSC DE JOLIETTE

- Les ateliers éducatifs « Les petits mousses » - PACE

### CLSC DE LA JONQUIÈRE

- Rencontres prénatales
- Naître en santé
- Visites à domicile
- Services de consultation
- Cliniques du nourrisson
- Soins à domicile
- Programme « Aide-maman plus Inc. Parentelle »
- SMI-développement psychomoteur (2-18 mois)
- SMI-général (santé de l'enfant)
- Périnatalité - Instrument de planification de soins en périnatalité
- Périnatalité - Feuilles de paramètres
- Périnatalité - Notes d'évolution
- Périnatalité - Instrument de cueillette de données
- Périnatalité - Évaluation post-partum et référence
- Suivi santé enfant - Fiche de vaccination enfant

### CLSC KATERI

- « Maison de la Petite enfance »

### CLSC LAMATER

- « Projet inter-génération » - PACE
- « Vivre en famille sans violence » - PACE
- Entraide auprès des élèves du primaire et de leurs parents fournie par des aînés - PACE

### CLSC LIMOILOU

- Projet école-CLSC-famille : outiller les adultes, parents, professeurs et éducateurs (projet de concertation MEQ/MSSS)

### CLSC LONGUEUIL-EST

- Projet école-CLSC-famille : augmenter l'efficacité auprès des jeunes (projet de concertation MEQ/MSSS)

### CLSC LONGUEUIL-OUEST

- Maison d'accueil et d'appui aux familles - PACE

### CLSC DU MARIGOT

- « Cirque » (jeunes de 10-15 ans à risque de décrochage et de marginalisation) - PACE
- Ateliers thématiques entraide et support (familles d'enfants de 0-11 ans) - PACE
- Action concertée 8-13 ans (animation de milieu et activités) - PACE

### CLSC DE MATANE

- « Les Boute-en-train » (mères à risque ayant un enfant de 2-5 ans)
- Groupe de stimulation précoce

### CLSC DE MATAWINIE

- « Défi-famille » - PACE

### CLSC LE MÉANDRE

- « Vivre en famille sans violence » - PACE

### CLSC MERCIER-EST/ANJOU

- « Les enfants à clé, en sécurité » (4<sup>e</sup> année)
- Prévention des toxicomanies (5<sup>e</sup> - 6<sup>e</sup> année)
- « Bienvenue à la maternelle » (5 ans)
- Kiosque sur le tabagisme (secondaire)
- Défi 24 heures sans fumée (secondaire)
- Semaine de sensibilisation aux MTS-sida (secondaire)
- Programme de formation pour les parents d'enfants qui défient l'autorité parentale

### CLSC MÉTRO

- « Telephone Directory of Youth Resources »
- Programmes en santé scolaire (description des différents programmes en santé scolaire incluant outils d'information)
- « Transition to high school: a program for grade 6 students »
- « Sexuality Education for High School Students »
- « Peer Counselling Helping Program »
- « Health and Social Concerns: Information Sessions for 11-12 year olds »

### CLSC DES MILLE-ÎLES

- Programme nutrition prénatale (programme canadien de nutrition prénatale)

### CLSC DE LA MITIS

- Prévention des abus sexuels en milieu scolaire
- Prévention de la violence en milieu scolaire
- Projet école-CLSC-famille: outiller les équipes-écoles à identifier les comportements problématiques et les interventions appropriées (projets de concertation MEQ/MSSS)
- Ateliers parents-enfants 0-6 mois
- Clinique 18 mois
- « Pivot Famille Mitis »
- Prévention de la toxicomanie (pré-adolescents)

### CLSC MONTCALM

- Stimulation précoce et relevailles - PACE

### CLSC LE MOULIN

- Projet école-CLSC-famille: travailler de façon intégrée entre les divers intervenants de l'école et du CLSC (projet de concertation MEQ/MSSS)

### CLSC NORMAN-BETHUNE

- Programme nutrition prénatale (programme canadien de nutrition prénatale)

### CLSC PARTAGE DES EAUX

- Projet école-CLSC-famille: participation accrue des parents à tous les niveaux (projet de concertation MEQ/MSSS)

### CLSC DE LA PETITE-NATION

- Programme de stimulation 0-3 ans et 3-5 ans

### CLSC PIERREFONDS

#### 0-5 ans

- « Naître égaux et grandir en santé »
- « YAPP »

#### 6-12 ans

- « Masculin, féminin, puberté »
- « Les familles d'aujourd'hui »
- Prévention et dépistage des abus sexuels
- Prévention des toxicomanies
- Tabac et alcool
- « Entramis »
- « Gardiens avertis »
- « Parenting Skills Group »

### CLSC DE PORTNEUF

- Projet école-CLSC-famille: consolider les habiletés parentales (projet de concertation MEQ/MSSS)

### CLSC DU RICHELIEU

- Cours prénatals
- «Manger mieux pour nous deux»
- «Naître en santé»
- «Les petits matins» (déjeuners-causeries de parents de nourrissons)
- Alimentation du nourrisson (rencontre de groupe)
- «Série 0-5 ans» (rencontres pour les parents)
- «Les Frimousseries» (stimulation en présence du parent)
- «Série 6-12 ans» (rencontres pour les parents d'enfants 6-12 ans)
- Prévention des abus (rencontres d'élèves)
- Séparation/divorce

### CLSC DU RIVAGE

- Guide sur les attitudes pacifiques (au primaire)
- Programme de prévention pour les enfants issus de parents consommateurs

### CLSC DE LA RIVIÈRE DÉSERT

- Cahier de suivi «Observation globale de la santé de l'enfant de 0-4 ans»
- Carnet de vaccination à remettre aux parents

### CLSC RIVIÈRES ET MARÉES

- Être bien à l'école (élèves du primaire)
- Groupe d'entraide pour les enfants vivant la séparation de leurs parents

### CLSC SAINT-HENRI

#### 0-5 ans

- Ateliers de stimulation de la relation mère-enfant 0-6 mois
- «Jeunes mères responsables» (développement des compétences parentales)
- Mairaines d'allaitement
- Ateliers postnatals
- «Projet Malette» (outil d'adaptation pédagogique pour intervention en milieu multiethnique)
- Formulaire de suivi en périnatalité

#### 6-12 ans

- Groupes prévention violence
- «Les familles différentes» (groupes d'adaptation aux nouvelles formes de famille)
- «Connais-tu ma gang?» (jeunes du secondaire)
- Fiche/questionnaire visite postnatale.
  - Fiches de suivi:
  - histoire et examen physique périodique de 2 à 4 sem.
  - histoire et examen physique périodique à deux mois
  - histoire et examen physique périodique à quatre mois
  - histoire et examen physique périodique à six mois
  - histoire et examen physique périodique à neuf mois
  - histoire et examen physique périodique à un an
  - histoire et examen physique périodique à 15 mois
  - histoire et examen physique périodique à 18 mois
  - histoire et examen physique périodique à deux ans
  - histoire et examen physique périodique à trois ans
  - histoire et examen physique périodique à quatre ans
  - histoire et examen physique périodique à cinq ans

### CLSC SAINT-HUBERT

- Projet de promotion précoce de comportements sociaux et pacifiques auprès des enfants et des familles
- Programme d'apprentissage d'habiletés sociales et cognitives
- Programme d'accompagnement maternel

### CLSC SAINT-LAURENT

- Ateliers parent-enfant en contexte de maternelle 4 ans
- Projet école-CLSC-famille: rejoindre les parents et les impliquer plus activement dans l'éducation de leurs enfants (projet de concertation MEQ/MSSS)

### CLSC SAINTE-ROSE DE LAVAL

- «Souffle d'amitié» (familles isolées avec jeunes enfants) - PACE
- Partons d'un bon pied (parents enfants 6<sup>e</sup> année) - PACE
- Programme nutrition prénatale (programme canadien de nutrition prénatale)

### CLSC LA SALINE

- Outil de dépistage des problèmes auditifs et de langage
- Questionnaire de Denver pour le pré-dépistage des problèmes de développement (français).
- Aide-mémoire des facteurs de risque psychosociaux (0-4 ans);
- Aide-mémoire des facteurs de risque psychosociaux (2 mois).
- Aide-mémoire des facteurs de risque GARE.
- Grille de facteurs de risque psychosociaux
- Dépistage orthophonie « Orthophonie, indices de difficultés (0-2 ans) »

### CLSC SAMUEL-DE-CHAMPLAIN

- Projet de promotion des comportements sociaux et pacifiques auprès des enfants et des familles - PACE

### CLSC SEIGNEURIE DE BEAUHARNOIS

- « Le programme 3 P » (parent, participation, présence)
- Le programme formation parentale à l'autodiscipline
- Parents-enfants: une intervention concertée - PACE

### CLSC DES SEPT-ÎLES

- Interventions auprès des enfants exposés à la violence conjugale (Yvette Garceau-Durand)
- Projet école-CLSC-famille: augmenter les compétences parentales ainsi que supporter les professeurs et mettre sur pied un réseau d'entraide (projet de concertation MEQ/MSSS)

### CLSC LA SOURCE

- Projet école-CLSC-famille: consolider les habiletés parentales au moyens d'ateliers de ressourcement sur différents sujets (projet de concertation MEQ/MSSS)

### CLSC TÉMISCOUATA

- « Parent-aise »
- « Trip d'ados » (adolescents et adolescentes en difficulté)

### CLSC DES TROIS VALLÉES

- Projet école-CLSC-famille: favoriser l'implication des parents et créer un climat de confiance et d'entraide entre la famille et l'école (projet de concertation MEQ/MSSS)

### CLSC DE LA VALLÉE

- « Douces marraines »
- « YAPP »
- Ateliers parents-enfants 0-6 mois
- Intervention préventive, éducative et de soutien auprès des parents ayant des enfants de niveau scolaire (primaire)
- Programme de stimulation infantile

### CLSC VALLÉE-DE-LA-LIÈVRE

- « Les ateliers L'éveil » (soins et stimulation des enfants 0-8mois)
- « Les ateliers Do-Ré-Mi » (compétences parentales: rencontres de groupes pour parents et enfants 3-5 ans)
- Rencontres de classe au niveau primaire (prévention de la violence)
- Cours prénatals
- Programme OLO
- « Projet Parentage » (groupes de parents et d'enfants de 1-3 ans: éducation, information, conseils, orientation)
- « Les Fêtes santé » (enfants de 5 ans: mise à jour du bilan bio-psycho-social)
- « Les rendez-vous santé » (enfants de 3 1/2-4 ans: mise à jour du bilan bio-psycho-social)
- « Programme Jessie » (pour adolescentes enceintes)

### CLSC VERDUN

- Projets (2) école-CLSC-famille: favoriser les échanges et réduire les comportements agressifs et violents; soutenir les enseignants dans l'identification des enfants (projet de concertation MEQ/MSSS)

# Annexe 2

La démarche de régionalisation en lien  
avec les objectifs enfance-jeunesse-famille

## La démarche de régionalisation en lien avec les objectifs enfance-jeunesse-famille

... La présente annexe a pour but d'examiner l'état d'avancement de l'implantation du *Plan d'action jeunesse* au niveau régional sur l'ensemble du territoire québécois. Cette analyse reposera sur deux principales sources d'information, soit les documents qui nous ont été transmis par les régies régionales ainsi qu'un document de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec. Le but de cet exercice n'est pas de dresser un inventaire quantitatif ou comptable des sommes qui ont été investies par les régions dans le programme enfance-jeunesse-famille à la suite du *Plan d'action jeunesse*.

Notre objectif est plutôt de donner un aperçu des façons de faire adoptées par les régies afin de procéder à l'implantation du *Plan d'action jeunesse* et également de dresser un bilan des priorités d'action retenues par les régies en lien avec l'enfance, la jeunesse et la famille. Mais avant d'aborder la question qui nous intéresse directement, nous allons rappeler le cadre général dans lequel s'inscrit la démarche d'implantation du *Plan d'action jeunesse*.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la *Politique de la santé et du bien-être*, les régies régionales avaient la responsabilité d'arrêter leurs priorités d'action générales pour les années à venir. Cet exercice a été complété par l'ensemble des régies régionales au cours des deux dernières années.

Cette étape importante à l'intérieur du processus de planification doit normalement conduire à l'élaboration d'un plan d'action régional visant à actualiser les objectifs retenus dans la phase de priorisation des problèmes de santé et de bien-être sur le territoire de chacune des régions. Au début de 1997, la majorité des régies régionales avaient déjà complété cet exercice ou étaient en voie de le faire.

### L'actualisation du *Plan d'action jeunesse* au niveau régional

Le *Plan d'action jeunesse* ministériel identifie des axes majeurs qui aident les régies régionales à tenir compte de la préoccupation enfance-jeunesse-famille dans l'élaboration de leur propre plan d'action régional. Certains outils de gestion ont d'ailleurs été élaborés afin de soutenir les régies dans la réalisation de cette étape. Ainsi, le *Guide de soutien à l'implantation du Plan d'action jeunesse* est devenu l'instrument de référence pour l'élaboration de ces plans d'action. L'un des apports importants du *Guide de soutien* a consisté à identifier des indices de gestion permettant de supporter les régies dans leur mandat d'évaluation et de suivi d'implantation du *Plan d'action jeunesse*.

### Approches suivies par les régies dans l'actualisation du *Plan d'action jeunesse*

Si la très grande majorité des régies régionales ont amorcé des démarches visant à implanter sur leur territoire le *Plan d'action jeunesse*, il faut toutefois préciser que l'approche suivie n'est pas uniforme d'une région à l'autre. Le modèle le plus souvent retenu a été celui de la confection d'un *Plan d'action jeunesse au niveau régional* établi sur la base des priorités enfance-jeunesse-famille arrêtées par l'instance régionale. Toutefois, d'autres modèles ont également été mis de l'avant par certaines régions. L'un d'eux est un cadre de référence qui identifie les orientations qui devraient être poursuivies en matière d'enfance-jeunesse-famille. Une région a adopté l'approche qui consiste à structurer le plan d'action autour des cinq champs de la *Politique* plutôt que de concevoir des plans d'action programme-clientèle.

### Priorités retenues

Nous allons maintenant présenter un tableau qui permet d'identifier les priorités régionales les plus souvent retenues par les régies dans le cadre de leur démarche. Le tableau suivant donne un aperçu des priorités retenues par les régies pour le programme-clientèle jeunesse<sup>29</sup>.

<sup>29</sup> Cette compilation a été effectuée à partir des informations obtenues sur la démarche dans quatorze régies régionales. Les informations contenues dans ce tableau proviennent à la fois des documents que nous ont acheminés les régies (dix régies) et le document de la Conférence des régies régionales intitulé *L'actualisation de la politique de santé et de bien-être en regard des priorités régionales à l'égard des jeunes* (1995).

### Tableau A-1

DISTRIBUTION DES PRIORITÉS RETENUES AU NIVEAU RÉGIONAL DANS LE DOMAINE ENFANCE-JEUNESSE-FAMILLE	
Priorités retenues	Nombre
Négligence, abus sexuel, violence envers les enfants	13
Troubles de comportement	8
Détresse psychologique et suicide	7
Délinquance et itinérance	6
Alcoolisme et toxicomanie	4
Morbidité périnatale	3

Le tableau A-1 indique la présence d'un bloc majeur comprenant trois priorités largement adoptées par les instances régionales. Tout d'abord, le tableau montre que la priorité la plus fréquemment retenue par les régies régionales dans le domaine enfance-jeunesse-famille est celle de la lutte à la négligence, à l'abus, aux mauvais traitements ou aux autres formes de violence envers les enfants. En effet, douze régies sur les quatorze faisant partie de ce relevé, ont adopté cette priorité pour les prochaines années, ce qui en fait l'objectif incontournable dans le domaine enfance-jeunesse-famille à la grandeur du territoire québécois.

Le deuxième problème le plus fréquemment retenu comme priorité régionale est celui des troubles de comportement, qui a été adopté comme cible prioritaire par huit régies régionales. La détresse psychologique et le suicide représente un autre phénomène très préoccupant puisque sept régies l'ont inclus parmi leurs priorités enfance-jeunesse-famille.

On peut ensuite identifier un deuxième bloc de priorités comprenant trois problématiques ayant été sélectionnées par les régies de façon assez significative, quoique à un degré moindre comparativement aux priorités du premier bloc. Il s'agit des problèmes de délinquance et d'itinérance, des troubles liés à la consommation abusive d'alcool et d'autres drogues et, enfin, des différentes problématiques associées à la morbidité périnatale.

### Types de mesures privilégiées par les régions

Par rapport à plusieurs autres mesures du *Plan d'action jeunesse*, les volets relatifs à la promotion et à la prévention constituent des « mesures locomotives » en raison de leur effet d'entraînement pour éviter l'apparition ou la détérioration des problèmes. C'est pourquoi il est important d'évaluer la place que ce type de mesure prend dans le processus de planification régionale. Le tableau suivant (A-2) présente la distribution de fréquences des différentes mesures privilégiées par les régions.

Tableau A-2

DISTRIBUTION DES MESURES PRIVILÉGIÉES AU NIVEAU RÉGIONAL DANS LE DOMAINE ENFANCE-JEUNESSE-FAMILLE	
Mesures retenues	Nombre
Soutien aux enfants et aux parents sur le plan du développement de leurs habiletés psychosociales et de leurs compétences parentales (incluant le renforcement de l'autonomie des personnes, les programmes de stimulation précoce)	13
Gamme de services en milieu scolaire incluant la sensibilisation et les programmes de développement des habiletés sociales	5
Amélioration des conditions de vie des jeunes et de leur famille et soutien aux milieux de vie	5
Activités de sensibilisation auprès de la population	3
Soutien intensif auprès des jeunes parents touchés par l'isolement social, la pauvreté	3
Mise en place de services globaux de périnatalité	2
Soutien aux familles en situation de crise	1

La lecture de ce tableau nous permet de constater que la prévention occupe une place de choix parmi les mesures privilégiées par les Régions dans le domaine enfance-jeunesse-famille. En effet, on peut facilement constater que toutes les mesures présentes dans ce tableau ont un potentiel préventif certain.

La mesure la plus souvent retenue par les régions est celle du soutien aux parents et aux enfants en ce qui concerne le développement de leurs habiletés psychosociales. Au deuxième rang, nous retrouvons à égalité (avec cinq mentions chacune) les programmes s'adressant aux jeunes particulièrement en milieu scolaire et l'amélioration des conditions de vie des personnes. Deux mesures ont été retenues de façon significative, soit la sensibilisation des populations et le soutien aux jeunes parents en situation de vulnérabilité. Les autres mesures qui ont retenu l'intérêt des régions sont les services en périnatalité et le soutien aux familles en situation de crise.

## Conclusion

Les régions régionales ont participé de façon active au processus d'implantation du *Plan d'action jeunesse*. Le principal modèle utilisé par les régions pour actualiser cette politique ministérielle a consisté en l'adoption d'un plan d'action régional en matière d'enfance-jeunesse-famille.

En ce qui concerne les priorités retenues par les régions, c'est la lutte à la violence sous toutes ses formes qui ressort comme la problématique numéro un à combattre dans le domaine enfance-jeunesse-famille. Les troubles de comportement, la détresse psychologique et le suicide sont également des problèmes considérés importants au niveau régional.

Enfin, cette analyse succincte tend à indiquer que la prévention et la promotion constituent les deux voies d'action privilégiées par les régions dans leur actualisation du *Plan d'action jeunesse*. Différentes mesures ont été retenues pour concrétiser le virage prévention avec une insistance particulière sur les stratégies visant à renforcer le potentiel des personnes dans la prise en charge de leur propre situation sur le plan de la santé et du bien-être.

H 12,804 E-1811  
Ex.2 Painchaud, Roger  
Guérin, Daniel  
Rocheleau, Lucille

Dessine-moi un avenir : les CLSC  
~~et la prévention auprès des enfants~~  
de 0 à 12 ans et de leur famille

14/5/98 *J. Kavanagh*  
3/8/98 *J. Kavanagh*  
02 OCT. 1998 0 DEC. 1998

09/06/99 C. Pisi  
06/07/99 Ginette Lapointe

H 12,804  
Ex.2

