

**Bilan de l'implantation des
Services intégrés en périnatalité et pour la
petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles
vivant en contexte de vulnérabilité
dans Lanaudière de 1998 à 2012**

**Marie-Andrée Bossé
Service de prévention et promotion
Direction de santé publique**

Décembre 2012

Conception, recherche et rédaction

Marie-Andrée Bossé

Agente de planification, de programmation et de recherche

Service de prévention et promotion, Direction de santé publique, ASSS de Lanaudière

Groupe de travail

Caroline Ducharme

Chef d'administration des programmes Santé parentale et infantile (SIPPE-OLO, JED et CREDEL)

CSSS du Nord de Lanaudière

Ariane Godbout

Chef d'administration des programmes Services Jeunes en difficulté 0-5 ans (SIPPE-OLO, services psychosociaux)

CSSS du Sud de Lanaudière (à partir de juillet 2010)

Myriam Lachaine

Chef d'administration des programmes Services Jeunes en difficulté 0-5 ans (SIPPE-OLO, services psychosociaux), par intérim

CSSS du Sud de Lanaudière (de mai 2009 à juillet 2010)

Collaboration

Geneviève Marquis

Technicienne en recherche psychosociale

Service de surveillance, recherche et évaluation, Direction de santé publique, ASSS de Lanaudière

Mise en page et révision

Josée Charron

Service de prévention et promotion, Direction de santé publique, ASSS de Lanaudière

Toute information extraite de ce document devra être identifiée par la source suivante :

BOSSÉ, M-A., C. DUCHARME (coll.), A. GODBOUT (coll.) et G. MARQUIS (coll.) *Bilan de l'implantation des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) dans Lanaudière de 1998-2012*. Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de prévention et promotion, 2012, 78 p + annexes.

© Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière

NOTE :

Puisque le personnel des SIPPE est constitué d'une majorité de femmes, le féminin englobe le genre masculin dans ce texte par souci de l'alléger.

Dépôt légal

Quatrième trimestre 2012

ISBN :

978-2-89669-108-1 (version imprimée)

978-2-89669-109-8 (PDF)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

REMERCIEMENTS

Le groupe de travail aimerait remercier toutes les personnes qui ont lu et commenté ce document.

Pour la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière (ASSS)

- Dalal Badlissi, médecin spécialiste en santé publique
- Élisabeth Cadieux, coordonnatrice, service de surveillance-recherche et évaluation
- Abdoul Aziz Gbaya, agent de planification, de programmation et de recherche
- Ginette Lampron, coordonnatrice, service de prévention et promotion
- Geneviève Marquis, technicienne en recherche psychosociale
- Robert Peterson, agent de planification, de programmation et de recherche

Pour le Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière (CSSSSL)

- Nathalie Côté, organisatrice communautaire
- Louise Frénette, psychologue et coordonnatrice professionnelle
- Louise Giroux, infirmière bachelière, assistante au supérieur immédiat (ASI)
- Renée Mailhot, travailleuse sociale et coordonnatrice professionnelle
- Sylvie Paré, infirmière bachelière, assistante au supérieur immédiat (ASI)
- Annick St-Denis, organisatrice communautaire
- Véronique Tremblay, organisatrice communautaire

Pour le Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière (CSSSNL)

- Martin Dufour, conseiller-cadre spécialisé en pratiques psychosociales
- Danièle Marcotte, infirmière
- Johanne Vézina, chargée de projet

Par leurs précieux commentaires et suggestions, elles ont contribué à enrichir la qualité de ce bilan régional des SIPPE.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	iii
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	vii
LISTE DES ANNEXES	viii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	ix
INTRODUCTION	1
1. LES FAMILLES CIBLÉES PAR LES SIPPE	3
1.1 Contexte entourant les familles SIPPE	3
1.2 Potentiel de familles SIPPE.....	4
1.3 Réalité des familles SIPPE	7
1.3.1 Familles à risque et familles en difficulté	7
1.3.2 Familles immigrantes et autochtones	9
1.4 Mécanismes pour rejoindre les familles	10
1.4.1 Promotion des SIPPE	10
1.4.2 Références	10
2. L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES	13
2.1 Organisation des équipes SIPPE des CSSS	13
2.1.1 Organisation des équipes dédiées aux SIPPE	13
2.1.2 Composition des équipes	14
2.1.3 Travail interdisciplinaire	15
2.1.4 Soutien clinique en place.....	15
2.2 Offres de service prénatales et postnatales	16
2.2.1 Offre de service en période prénatale.....	16
2.2.2 Offre de service en période postnatale	20
2.3 Nombre et proportion de familles rejointes dans les SIPPE.....	23
2.3.1 Nombre de familles rejointes	23
2.3.2 Proportion de familles rejointes.....	23
2.3.3 Situation financière et scolarité des familles rejointes dont la mère est âgée de moins de 20 ans	26
2.4 Caractéristiques du suivi prénatal	27
2.4.1 Début du suivi en prénatal	27
2.4.2 Intensité et lieux des interventions individuelles en prénatal	29
2.5 Caractéristiques du suivi postnatal.....	32
2.5.1 Intensité des visites à domicile en période postnatale	32
2.5.2 Lieux des interventions individuelles en période postnatale	33

2.5.3 Nombre d'enfants 0-5 ans rejoints.....	35
2.5.4 Durée du suivi postnatal	36
2.5.5 Cessation des services SIPPE	38
2.5.6 Motifs de cessation des services SIPPE	40
3. SOUTIEN À LA CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES	43
3.1 Mécanismes de concertation intersectorielle en place dans les CSSS.....	43
3.2 Ressources en organisation communautaire dédiées	44
3.3 Mécanismes d'allocations budgétaires, d'entente et de suivi des projets	45
3.4 Stratégies de participation des familles	46
3.5 Aperçu des activités offertes	48
3.6 Lien entre la création d'environnements favorables et l'accompagnement des familles	50
3.7 Lien avec d'autres stratégies intersectorielles	51
4. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS	53
4.1 Concernant les familles visées et rejointes par les SIPPE.....	53
4.2 Concernant l'organisation et le travail des équipes	55
4.3 Concernant l'offre de service périnatale et postnatale	56
4.4 Concernant le suivi prénatal	58
4.5 Concernant le suivi postnatal	59
4.6 Concernant la composante « Soutien à la création d'environnements favorables »	60
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE	65
ANNEXES	69

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableaux

Tableau 1 :	Utilisation des outils de mesure du développement de l'enfant au sein des équipes des CSSS.....	22
Tableau 2 :	Intensité des visites à domicile en période prénatale, CSSS, Lanaudière et le Québec, 2011-2012	29
Tableau 3 :	Familles suivies dans les SIPPE dont la fin des services spécifiques a été enregistrée en 2011-2012 pour un motif autre que nouvelle grossesse, CSSS, Lanaudière et le Québec (N et %).....	39
Tableau 4 :	Objet des activités et des projets développés dans le cadre de la composante « Soutien à la création d'environnements favorables » des SIPPE, par territoire de MRC, 2003 à 2011	48

Graphiques

Graphique 1 :	Évolution du potentiel de familles admissibles aux SIPPE, mères âgées de moins de 20 ans, territoire de RLS et Lanaudière, 1999 à 2010p	5
Graphique 2 :	Évolution du potentiel de familles SIPPE, mères âgées de 20 ans et plus et ayant moins de 11 ans de scolarité, territoire de RLS et Lanaudière, 1999 à 2010p	5
Graphique 3 :	Évolution du potentiel de familles SIPPE, mères âgées de moins de 20 ans et mères âgées de plus de 20 ans et ayant moins de 11 ans de scolarité, territoire de RLS et Lanaudière, 1999 à 2010p	6
Graphique 4 :	Évolution du potentiel de familles vulnérables (mères âgées de moins de 20 ans et âgées de plus de 20 ans et ayant moins de 11 ans de scolarité) et des naissances vivantes, Lanaudière, 1999 à 2010p.....	7
Graphique 5 :	Évolution du nombre de familles inscrites aux SIPPE et nouvellement rejointes selon le volet, Lanaudière, années financières 2004-2005 à 2011-2012	23
Graphique 6 :	Proportion de nouvelles familles rejointes dans les SIPPE, CSSS et Lanaudière, années financières 2005-2006 à 2009-2010p (%).....	24
Graphique 7 :	Proportion de nouvelles familles rejointes dans les SIPPE, mères de moins de 20 ans, CSSS et Lanaudière, années financières 2005-2006 à 2009-2010p (%).....	25
Graphique 8 :	Proportion de nouvelles familles rejointes dans les SIPPE, mères de 20 ans et plus et ayant moins de 11 ans de scolarité, CSSS et Lanaudière, années financières 2005-2006 à 2009-2010p (%)	25
Graphique 9 :	Proportion de mères de moins de 20 ans inscrites dans les SIPPE, selon leur situation financière et leur scolarité, années financières 2006-2007 à 2011-2012, Lanaudière (%).....	26
Graphique 10 :	Répartition des femmes nouvellement inscrites aux services spécifiques liés aux SIPPE (jeunes parents et extrême pauvreté) selon leur âge gestationnel au moment de l'inscription (en semaines), année financière 2009-2010, CSSS, Lanaudière et le Québec	27

Graphique 11 : Intensité des visites à domicile prénatales et des interventions individuelles (tous lieux et tous modes) en période prénatale auprès des familles suivies dans les SIPPE, CSSS, Lanaudière et le Québec, 2011-2012	30
Graphique 12 : Proportion des interventions individuelles prénatales réalisées auprès de la clientèle nouvellement inscrites aux SIPPE, selon le lieu d'intervention, CSSS, Lanaudière et le Québec, en 2011-2012 (%)	31
Graphique 13 : Intensité des visites à domicile postnatales, période de 0 à la 6 ^e semaine, auprès des familles suivies dans les SIPPE, CSSS, Lanaudière et le Québec, 2011-2012.....	32
Graphique 14 : Intensité des visites à domicile postnatales, période allant de la 7 ^e semaine au 12 ^e mois, auprès des familles suivies dans les SIPPE, CSSS, Lanaudière et le Québec, 2011-2012	33
Graphique 15 : Intensité des visites à domicile postnatales, période allant du 13 ^e au 60 ^e mois, auprès des familles suivies dans les SIPPE, CSSS, Lanaudière et le Québec, 2011-2012	33
Graphique 16 : Proportion des interventions individuelles postnatales réalisées, selon le lieu d'intervention, familles suivies dans les SIPPE, CSSS, Lanaudière et le Québec, année 2011-2012 (%)	34
Graphique 17 : Proportion de la clientèle SIPPE ayant reçu des services prénatals ou postnatals dans l'année en cours, selon leur année d'inscription aux SIPPE, CSSS, Lanaudière et le Québec, année 2011-2012 (%)	37
Graphique 18 : Durée du suivi depuis l'inscription initiale, familles ayant eu une cessation de services SIPPE, Lanaudière, année 2011-2012 (%)	39
Graphique 19 : Raisons de cessation des services spécifiques, familles suivies dans les SIPPE dont le service a pris fin pendant l'année, CSSS, Lanaudière et le Québec, année 2011-2012 (%)	40

LISTE DES ANNEXES

Annexe A : Sommaire du financement SIPPE. <i>Synthèse des allocations budgétaires récurrentes octroyées, par année financière et selon les volets, dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE), CLSC, CSSS et Lanaudière, années financières 1998-1999 à 2008-2009</i>	69
Annexe B : Interventions de groupe prénatales et postnatales offertes aux familles SIPPE dans les CSSS de Lanaudière	71

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ASI	Assistante au supérieur immédiat
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CLE	Centre local d'emploi
CLSC	Centre local de services communautaires
CPE	Centre de la petite enfance
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
CSSSNL	Centre de santé et des services sociaux du Nord de Lanaudière
CSSSSL	Centre de santé et des services sociaux du Sud de Lanaudière
DES	Diplôme d'études secondaires
DSP	Direction de santé publique
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
I-CLSC	Intégration CLSC
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
JED	Jeunes en difficulté
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NEGS	Naître égaux – Grandir en santé
OLO	Œufs-lait-oranges
PAR	Plan d'action régional de santé publique
PI	Plan d'intervention
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PSNP	Programme national de santé publique
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
SCEF	Soutien à la création d'environnements favorables
SDGEE	Services de garde éducatifs et à l'enfance
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité
TCNPP	Table de concertation nationale en prévention-promotion

INTRODUCTION

Depuis plus de dix ans, les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité sont implantés dans la région de Lanaudière : ils constituent le produit de l'implantation graduelle et intégrée des programmes *Naître égaux- Grandir en santé* (NEGS) offert dès 1998, *Soutien éducatif précoce* (2-4 ans) offert dès l'année 2001 et du *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP) implanté en 2003. Ces programmes se cristallisent ensuite autour des SIPPE en 2004.

Les SIPPE s'adressent¹ :

- aux jeunes femmes de moins de 20 ans (dont la naissance de leur enfant est prévue avant leur 20^e anniversaire de naissance) et à leur famille;
- aux femmes qui ont 20 ans et plus, qui ont moins de 11 ans de scolarité [pas de diplôme d'études secondaires (DES)] et qui vivent sous le seuil de faible revenu et à leur famille.

Les SIPPE s'inscrivent comme une activité permettant de prévenir les problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants dans le *Programme national de santé publique 2003-2012 – mise à jour 2008* (MSSS, 2008). Ils constituent un programme de promotion de la santé et de prévention, développé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui vise à :

- maximiser le potentiel de santé et de bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants de 0 à 5 ans étant dans une situation qui les rend vulnérables;
- inclure la naissance et le développement des enfants dans un projet de vie porteur de réussite pour les parents, tout en renforçant le pouvoir d'agir des personnes et des communautés (MSSS, 2004).

Plus précisément, il vise à :

- diminuer la mortalité et la morbidité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables, et ce, en :
 - améliorant les habitudes de vie de la femme enceinte et de sa famille (alimentation, consommation de tabac, de drogues et d'alcool, activité physique);
 - améliorant les suivis de santé physique et mentale de la femme enceinte et de sa famille, incluant la planification des naissances, la santé dentaire et la couverture vaccinale;
 - améliorant la sécurité à domicile;
 - favorisant l'adoption de comportements sexuels sécuritaires.
- favoriser le développement optimal des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables, et ce, en :
 - augmentant le taux et la durée de l'allaitement;
 - développant et en renforçant le lien d'attachement parent-enfant;
 - augmentant et en renforçant les compétences parentales;

¹ Il est à noter que selon des indications du MSSS, depuis le 1^{er} avril 2012, le jeune âge du parent (moins de 20 ans) n'est plus considéré comme un critère d'admissibilité. Ainsi, la sous-scolarité et le fait de vivre sous le seuil de faible revenu sont dorénavant les deux critères, qu'importe l'âge de la mère, pour être admissible aux SIPPE.

- stimulant le développement cognitif (incluant le langage), affectif, social et psychomoteur des enfants.
- améliorer les conditions de vie des mères, des pères et des enfants se trouvant dans une situation qui les rend vulnérables, et ce, en :
 - renforçant les réseaux de soutien social;
 - favorisant l'intégration socioprofessionnelle des parents selon leur projet de vie;
 - améliorant l'accessibilité et la continuité des services publics et communautaires;
 - soutenant la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être.

Dans Lanaudière, les SIPPE sont déployés dans les deux Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Grâce à un financement annuel récurrent de plus de deux millions de dollars (voir Annexe A), les SIPPE sont offerts aux familles vulnérables lanaudoises de la grossesse jusqu'aux quatre ans de vie de l'enfant². Au plan local, les SIPPE sont actuellement combinés au programme Œufs-Lait-Orange (OLO) dans les deux CSSS de Lanaudière. Il s'agit ici de distribuer gratuitement aux femmes enceintes ou allaitantes, vivant sous le seuil de faible revenu, des suppléments alimentaires sous la forme d'œufs, de lait et de jus d'orange en complément à un suivi professionnel et à des suppléments minéralo-vitaminiques. Ce programme vise la naissance de bébés en santé, en améliorant la santé de la femme enceinte.

Ce présent document fait un état de situation et une analyse du déploiement des composantes « accompagnement des familles » et « création d'environnements favorables » des SIPPE pour identifier les ajustements régionaux souhaitables. Le tout devrait se traduire en un plan d'action conjoint Direction de santé publique (DSP)-CSSS pour optimiser l'implantation des SIPPE dans la région. Celui-ci sera arrimé aux résultats des travaux des cinq chantiers provinciaux, mis sur pied par la Table de concertation nationale en prévention-promotion (TCNPP) et réalisés en collaboration avec le MSSS et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (Therrien et coll., 2011), et au plan de travail ministériel en découlant (Therrien, April et Larochelle, 2011). Ce bilan s'inscrit donc comme une façon de soutenir l'implantation des SIPPE, action régionale identifiée dans le *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012* (ASSS de Lanaudière, 2009).

Les données quantitatives présentées sont issues de la banque provinciale Intégration-CLSC (I-CLSC) et produites par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) dans le cadre :

1. des ententes de gestion et d'imputabilité MSSS-Agence de la santé et des services sociaux (ASSS);
2. des indicateurs régionaux produits périodiquement en réponse aux besoins des régions;
3. de la production d'extraits annuels statutaires nationaux, en réponse à des demandes des régions du Québec.

Quant aux données descriptives, elles sont issues d'une collecte de données informelle auprès des chefs d'administration des programmes, responsables des SIPPE, dans les deux CSSS de Lanaudière. Enfin, quelques données sont issues du Fichier des naissances vivantes provenant du MSSS.

² Le cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004) prescrit le suivi de la famille jusqu'aux cinq ans de l'enfant.

1. LES FAMILLES CIBLÉES PAR LES SIPPE

1.1 Contexte entourant les familles SIPPE

Lanaudière se divise en deux réseaux locaux de services (RLS), soit les RLS de Lanaudière-Nord et le RLS de Lanaudière-Sud. Les CSSS du Nord de Lanaudière et du Sud de Lanaudière desservent respectivement ceux-ci. Pour mieux situer les réalités des deux RLS lanaudois, quelques données, pouvant être liées à la compréhension des réalités des familles SIPPE et à l'offre de service qui leur est dispensée, seront brièvement présentées.

RLS de Lanaudière-Nord

- Le RLS de Lanaudière-Nord est très vaste : il est composé des municipalités régionales de comté (MRC) D'Autray, Joliette, Matawinie et Montcalm respectivement d'une superficie de 1 247, 416, 9 520 et 712 km². La densité de population par MRC, variant entre 5 à 52 personnes au km², est faible³.
- En 2011, on estime que 5,1 % de la population du RLS était âgée entre 0 et 4 ans (Garand, 2012).
- En 2006, parmi l'ensemble des familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans, 20,4 % des familles ont des enfants qui sont tous âgés entre 0 et 6 ans. Parmi les familles monoparentales, c'est 15,6 % qui ont des enfants tous âgés entre 0 et 6 ans³.
- En 2006, on estime que 16,0 % des enfants de 0 à 14 ans vivent sous le seuil de faible revenu (avant impôt)³.
- En 2008, selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 33,9 % de la population avait un niveau de diplomation inférieur au diplôme d'études secondaires, ce qui est nettement plus élevé que la proportion du reste du Québec (24,5 %)³.
- En 2010-2011, 1 122 signalements ont été retenus par Les Centres Jeunesse de Lanaudière. Plus de la moitié (54,2 %) d'entre eux l'ont été pour de la négligence et 15,2 % pour de l'abus physique. C'est globalement un taux de signalement de 26,3 % pour 1 000 enfants de 0-17 ans (Garand, 2012).
- En 2006, 21,5 % des ménages privés ont consacré 30 % ou plus de leur revenu à leur coût d'habitation. Cette proportion grimpe à 38,4 % pour les locataires³.
- La défavorisation matérielle⁴ est très marquée dans les MRC de Matawinie et de Montcalm. La défavorisation sociale⁵ l'est davantage dans la MRC Joliette. En combinant les deux types de défavorisation, c'est la MRC D'Autray qui a la concentration de population la plus élevée (37,3 %) (Guillemette, Simoneau et Payette, 2010).

³ Tiré du SYstème Lanaudois d'Information et d'Analyse (SYLIA) : www.agencelanaudiere.qc.ca/syLIA, Service de surveillance, recherche et évaluation, DSP de Lanaudière. Page consultée le 18 juillet 2012.

⁴ La défavorisation matérielle réfère au concept de pauvreté et à la privation des ressources financières nécessaires à l'acquisition des biens et commodités de la vie courante. Cette dimension est formée de trois indicateurs abordant la scolarité, le revenu et l'emploi.

⁵ La défavorisation sociale concerne les relations entre individus au sein de la famille et dans la communauté. Cette dimension repose sur trois indicateurs : le fait d'être séparé, divorcé ou veuf, de vivre seul ou en famille monoparentale.

RLS de Lanaudière-Sud

- Le RLS de Lanaudière-Sud est moins étendu que celui du Nord : il est composé des MRC L'Assomption et des Moulins ayant une superficie de 258 et 261 km². La densité de population, variant entre 469 à 569 au km², est plus élevée que celle du RLS du Nord de Lanaudière⁶.
- En 2011, on estime que 6,4 % de la population du RLS était âgée entre 0 et 4 ans (Garand, 2012a).
- En 2006, parmi l'ensemble des familles ayant au moins un enfant de moins de 18 ans, 21,2 % des familles ont des enfants qui sont tous âgés entre 0 et 6 ans. Parmi les familles monoparentales, c'est 13,0 % qui ont des enfants tous âgés entre 0 et 6 ans⁶.
- En 2006, on estime que 11,2 % des enfants de 0 à 14 ans vivent sous le seuil de faible revenu (avant impôt)⁶.
- En 2008, selon l'EQSP, 25,0 % de la population avait un niveau de diplomation inférieur au diplôme d'études secondaires, ce qui est assez semblable à la proportion du reste du Québec (24,5 %)⁶.
- En 2010-2011, 853 signalements ont été retenus par Les Centres Jeunesse de Lanaudière, dont 45,7 % d'entre eux l'ont été pour de la négligence et 24,3 % pour de l'abus physique. C'est globalement un taux de signalement de 14,4 % pour 1 000 enfants de 0-17 ans (Garand, 2012a).
- En 2006, 17,2 % des ménages privés ont consacré 30 % ou plus de leur revenu à leur coût d'habitation. Cette proportion grimpe à 32,3 % pour les locataires⁶.
- La défavorisation matérielle est plus marquée dans la MRC des Moulins. La défavorisation sociale est assez semblable dans les MRC L'Assomption et des Moulins. En combinant les deux types de défavorisation, c'est dans la MRC des Moulins qu'on retrouve la concentration de population la plus élevée dans les quartiles défavorisés (60,2 %) (Simoneau, Guillemette et Payette, 2010).

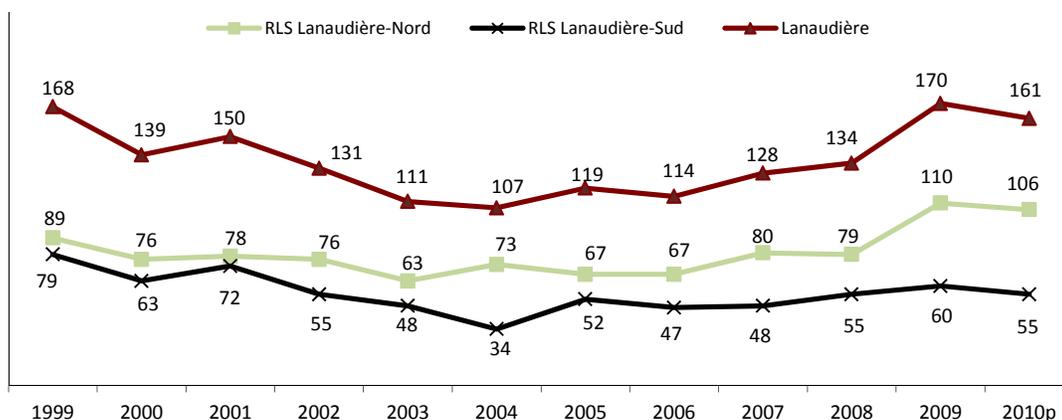
1.2 Potentiel de familles SIPPE

Le potentiel de familles vulnérables à rejoindre dans les SIPPE varie d'une année à l'autre. Chaque année, il s'estime à partir du nombre de mères ayant accouché dans l'année, soit celles âgées de moins de 20 ans et celles âgées de 20 ans et plus, ayant moins de 11 ans de scolarité.

Le graphique 1 illustre l'évolution des naissances chez les moins de 20 ans dans Lanaudière. Il démontre qu'entre 1999 et 2004, il y a eu une tendance à la baisse chez ce groupe d'âge pour ensuite remonter jusqu'en 2009. Pour Lanaudière, les naissances chez les moins de 20 ans ont atteint un sommet en 2009.

⁶ Tiré du SYstème Lanaudois d'Information et d'Analyse (SYLIA) : www.agencelanaudiere.qc.ca/syLIA, Service de surveillance, recherche et évaluation, DSP de Lanaudière. Page consultée le 18 juillet 2012.

Graphique 1
Évolution du potentiel de familles admissibles aux SIPPE, mères âgées de moins de 20 ans, territoire de RLS et Lanaudière, 1999 à 2010p

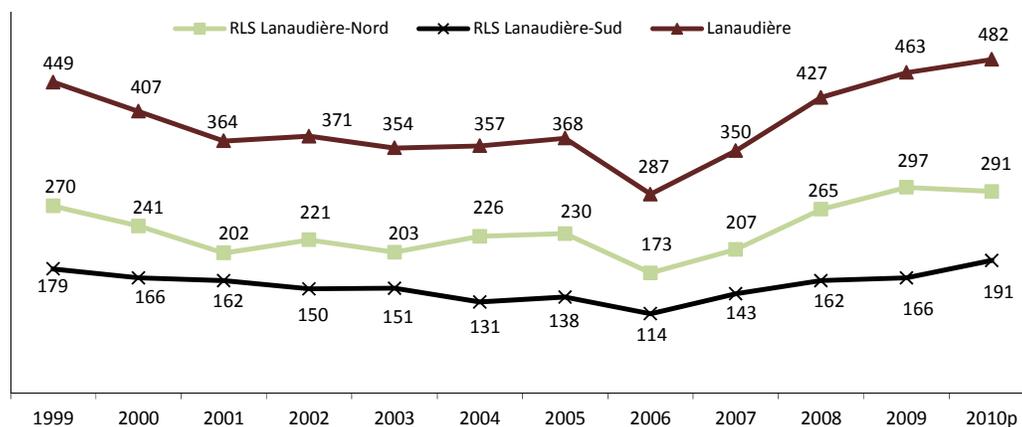


P : données provisoires

Source : MSSS, Fichier des naissances vivantes, 1999 à 2010p. Excluant celles de Manawan.

Le graphique 2, quant à lui, montre l'évolution du potentiel de famille SIPPE chez les mères de 20 ans et plus et ayant moins de 11 ans de scolarité. Pour ces familles, on note une hausse du nombre de familles admissibles depuis 2006, l'année 2010 étant la plus élevée de toutes pour Lanaudière et le RLS Lanaudière-Sud.

Graphique 2
Évolution du potentiel de familles SIPPE, mères âgées de 20 ans et plus et ayant moins de 11 ans de scolarité, territoire de RLS et Lanaudière, 1999 à 2010p



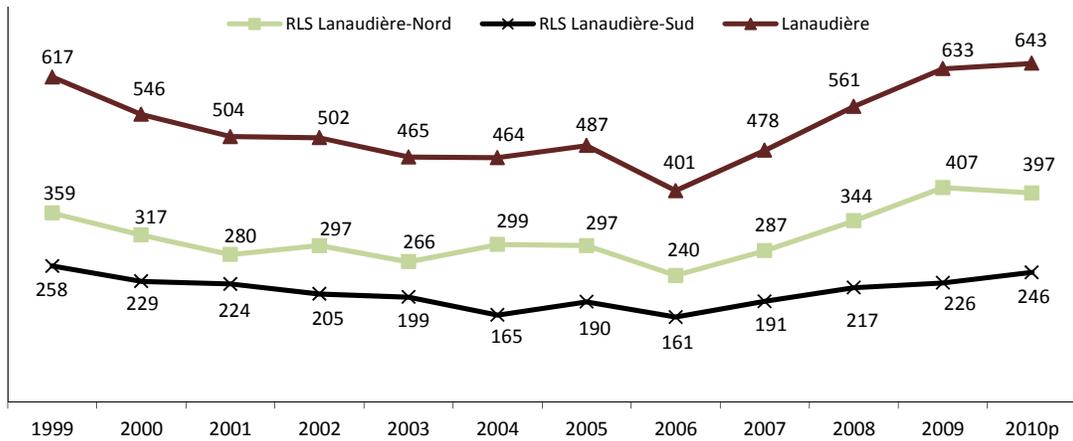
P : données provisoires

Source : MSSS, Fichier des naissances vivantes, 1999 à 2010p. Excluant celles de Manawan.

Comme l'illustre le graphique 3, entre 1999 et 2006, le potentiel de familles admissibles aux SIPPE a diminué dans les deux RLS et dans Lanaudière. Cependant, entre 2006 et 2010, le potentiel de familles SIPPE a augmenté, pour atteindre un sommet en 2010 pour Lanaudière et en 2009 pour le RLS Lanaudière-Nord. Le nombre de familles potentielles dans le RLS Lanaudière-Sud, malgré une hausse entre 2006 et 2010, n'est pas aussi élevé qu'en 1999.

Graphique 3

Évolution du potentiel de familles SIPPE, mères âgées de moins de 20 ans et mères âgées de plus de 20 ans et ayant moins de 11 ans de scolarité, territoire de RLS et Lanaudière, 1999 à 2010p



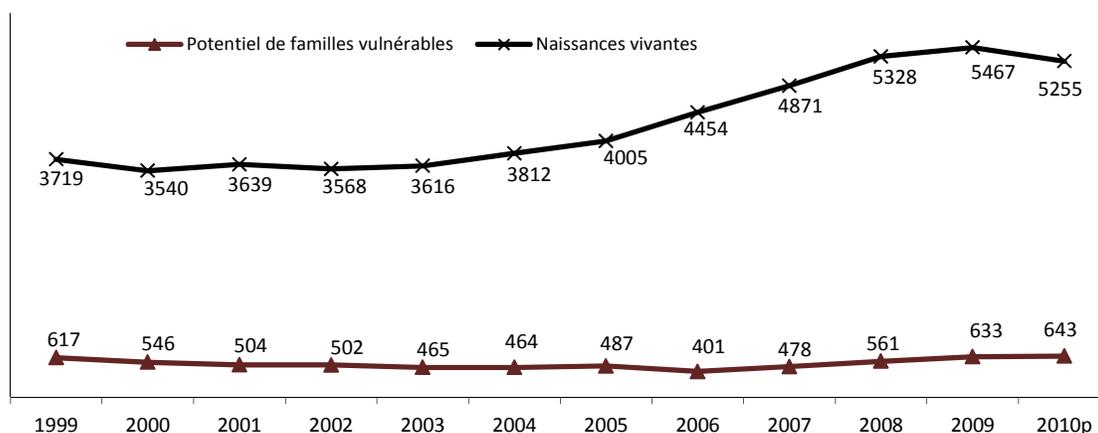
P : données provisoires

Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, 1999 à 2010p. Excluant celles de Manawan.

Pour mieux apprécier l'augmentation du nombre de naissances chez les familles vulnérables dans Lanaudière, on peut évaluer la proportion de familles vulnérables comparativement à l'ensemble des naissances du territoire lanaudois (excluant celles de Manawan). Si l'on compare les proportions de familles vulnérables de 1999 et 2010, on note une légère baisse en 10 ans : 16,6 % (617/3 719) en 1999 vs 12,2 % (643/5 255) en 2010. Tel qu'en témoigne l'évolution des deux courbes, les naissances chez les familles vulnérables ne semblent pas avoir eu une croissance aussi marquée que l'ensemble des naissances vivantes de la région.

Graphique 4

Évolution du potentiel de familles vulnérables (mères âgées de moins de 20 ans et âgées de plus de 20 ans et ayant moins de 11 ans de scolarité) et des naissances vivantes, Lanaudière, 1999 à 2010p



P : données provisoires

Source : MSSS. Fichier des naissances vivantes, années 1999 à 2010p.
Excluant celles de Manawan.

Constats

Le potentiel de familles à rejoindre dans les SIPPE a augmenté entre 2006 et 2010, atteignant, voire dépassant le potentiel de l'année 1999, surtout sur le territoire du RLS Lanaudière-Nord.

1.3 Réalité des familles SIPPE

1.3.1 Familles à risque et familles en difficulté

Aux plans provincial et régional, les observations cliniques révèlent deux types de familles suivies dans les SIPPE.

D'une part, il y a les **familles à risque** qui répondent aux critères de vulnérabilité identifiés dans le cadre de référence ministériel (moins de 20 ans, sous scolarisation, vivre sous le seuil de faible revenu).

D'autre part, il y a les **familles en difficulté**, soient celles qui, en plus de répondre aux critères de vulnérabilité, vivent des difficultés particulières : des problèmes de santé mentale (surtout des troubles de personnalité), de la dépendance (alcool, drogues, médicaments), de la violence conjugale, de la négligence, de la déficience ou des limites intellectuelles, etc. Celles-ci sont souvent aggravées par la monoparentalité, l'extrême pauvreté et l'isolement. Selon leur observation clinique, les CSSS de Lanaudière estiment que plus des deux tiers des familles suivies dans les SIPPE répondent au profil des **familles en difficulté**. À titre indicatif, onze régions du Québec rapportent qu'entre 40 et 80 % de la clientèle des SIPPE sont des **familles en difficulté** (MSSS, 2010).

Des données du système I-CLSC en 2011-2012 indiquent en effet que les problèmes de santé mentale constituent une difficulté fréquente vécue par les familles SIPPE. En effet, la santé mentale est la raison la plus fréquente dans les dossiers de familles SIPPE pour laquelle il y a eu des interventions dans d'autres secteurs d'activités que les SIPPE, tant en prénatal qu'en postnatal. Suivent ensuite les problèmes de dépendance, de négligence et de violence conjugale (RAMQ, 2012).

Constats

Les CSSS de la **région**, tout comme d'autres CSSS au Québec, constatent qu'une part importante des familles suivies dans les SIPPE vivent des difficultés particulières, le plus souvent liées à la santé mentale, à la dépendance, à la négligence, à la violence et aux limites intellectuelles. Ces difficultés imposent des défis dans l'intervention auprès de ces familles.

Selon l'INSPQ (Beauregard et coll., 2010), les SIPPE offrent une réponse limitée aux besoins de ces familles vivant des difficultés particulières. Actuellement, les preuves sont insuffisantes pour conclure que les objectifs des SIPPE sont atteints auprès des familles vivant des dépendances ou de la négligence. Les visites à domicile, comme seule modalité d'intervention, semblent inefficaces, notamment pour réduire la consommation et pour favoriser le développement de l'enfant. Quant aux parents vivant avec un problème de santé mentale ou une déficience intellectuelle, aucune étude ne documente l'efficacité des visites à domicile.

L'avis (Beauregard et coll., 2010) conclut que ces familles requièrent des traitements et des interventions spécialisés en fonction de leurs difficultés. Il semble également pertinent de leur offrir un soutien adapté à l'égard de leurs pratiques parentales et du développement de l'enfant. À ce titre, dans le cadre du projet clinique régional en dépendances, les services sont organisés de façon à ce que les problèmes de dépendance soient repérés et détectés chez les familles SIPPE pour qu'elles soient ensuite évaluées et orientées vers des services adaptés et spécialisés, tout en maintenant une concertation avec l'équipe interdisciplinaire SIPPE (Lefrançois, Ducharme et Godbout, 2011). Ce modèle de trajectoire de services et de collaboration entre les CSSS et le Centre de réadaptation en dépendance de Lanaudière pourrait soutenir le processus de réflexion pour d'autres problématiques particulières (ex. : santé mentale).

Par conséquent, il y a lieu de se questionner, localement ou régionalement, sur les services qui doivent être offerts aux familles en difficulté suivies dans les SIPPE, en fonction de leurs difficultés particulières, en s'inspirant du déploiement de l'offre de service en dépendances. Il demeure toutefois important d'offrir les services préventifs des SIPPE aux familles qui sont en mesure de recevoir ces services, même si elles vivent des difficultés.

1.3.2 Familles immigrantes et autochtones

Des familles immigrantes et autochtones, résidant dans Lanaudière, sont parfois suivies dans les SIPPE.

Les CSSS observent que de plus en plus de **familles immigrantes** viennent s'établir dans la région. Les ethnies représentées par ces familles sont très variées : russe, chinoise, haïtienne, bhoutanaise, etc. Si ces familles vivent très souvent sous le seuil de faible revenu, la mère de famille n'est pas toujours sous-scolarisée. Ces familles, ne répondant pas aux critères d'admissibilité, ne sont donc pas inscrites aux SIPPE, quoiqu'elles puissent recevoir, dans ce cas, des services OLO. D'ailleurs, le CSSS du Nord de Lanaudière a fixé l'immigration récente (de moins de 2 ans) comme critère de vulnérabilité dans son programme OLO.

Au nord de Lanaudière, il y a une communauté **autochtone** où environ 60 femmes, répondant aux critères de vulnérabilité des SIPPE (MSSS, Fichier des naissances vivantes), accouchent chaque année. Bien qu'admissibles aux SIPPE, il n'est pas requis que les CSSS de Lanaudière dispensent un suivi de type SIPPE à ces familles dans la réserve. Toutefois, il n'est pas exclu que les CSSS offrent des services à ces familles hors réserve.

Dans cet esprit, une enquête auprès des mères **attikameks** et du personnel du Centre de santé de la réserve, réalisée en 2004, a révélé que les femmes attikameks avaient certains besoins autour de la période de l'accouchement (Guillemette et Badlissi, 2004). Ces femmes, pour donner naissance à leur enfant au Centre hospitalier régional de Lanaudière (CHRDL) à Joliette, viennent résider quelques jours à Joliette dans un foyer pour résidents de Manawan. Ces mères identifiaient, entre autres, le besoin d'avoir des séances de préparation à l'accouchement, des informations sur les soins au bébé et souhaitaient la visite d'une infirmière du CLSC au foyer d'hébergement quelques jours après l'accouchement (Guillemette et Badlissi, 2004).

Suivant ce constat, le CLSC de Joliette a développé en 2005 une offre de service spécifique pour ces mères : une rencontre de groupe au CLSC sur le travail, l'accouchement et l'allaitement animée par une infirmière et une nutritionniste. Bien que la satisfaction des participants à l'égard de ces rencontres était élevée, trop peu d'hommes et de femmes assistaient à ces rencontres (entre 0 et 2 participants par rencontre), et ce, malgré de multiples stratégies déployées par le CLSC pour augmenter le nombre de participants (ex. : outils développés spécifiquement pour les Attikameks, liaison avec le suivi prénatal offert dans la réserve, relance téléphonique, etc.). Sur un an d'offres hebdomadaires de rencontres, il y a eu des participants au groupe pour la moitié des semaines et 54 personnes ont été rejointes. Conséquemment, cette offre de rencontres a été cessée considérant la trop faible participation de ces familles en comparaison aux ressources mobilisées pour la réalisation de ces interventions.

En contrepartie, les femmes **autochtones, résidant hors réserve** et répondant aux critères d'admissibilité des SIPPE, sont toujours admissibles à un suivi SIPPE par leur CSSS. Enfin, toutes les femmes autochtones bénéficient d'une visite postnatale systématique environ 24 à 72 heures après leur sortie de l'hôpital. Finalement, les femmes autochtones **résidant dans Manawan** ont accès, depuis 2010, à un programme de type SIPPE à même la réserve, actualisé par des intervenantes du Centre de santé.

Constats

Il y a de plus en plus de **familles immigrantes**, répondant aux critères de vulnérabilité des SIPPE, qui requièrent une intervention des CSSS. Or, ceux-ci doivent adapter leurs interventions pour apporter une réponse appropriée aux réalités spécifiques de ces familles (ex. : langue parlée, perception culturelle différente de la parentalité, isolement, situation précaire, etc.). Ainsi, il importe d'identifier des stratégies (ex. : soutien clinique spécialisé, formations, recours à des interprètes, etc.) permettant d'adapter les interventions dans le cadre des SIPPE à ces familles.

Quant aux **familles attikameks**, considérant leurs facteurs de risque (ex. : jeune âge, sous-scolarisation, tabagisme, etc.), il serait opportun de réfléchir à de nouvelles avenues à emprunter pour revoir l'offre de service des CSSS aux mères dans la période immédiate précédant ou suivant l'accouchement, en continuité avec le programme de type SIPPE qui leur est offert à Manawan.

1.4 Mécanismes pour rejoindre les familles

1.4.1 Promotion des SIPPE

Pour promouvoir les SIPPE auprès des familles potentielles, une **carte de promotion** a été produite régionalement en 2007. Puisque ce sont souvent les familles qui contactent elles-mêmes leur CLSC pour obtenir des services, le plus souvent pour les coupons OLO, cette stratégie de promotion ciblée envers les familles avait été jugée pertinente. Cette carte est, depuis, distribuée dans différents lieux susceptibles de rejoindre des femmes enceintes ou de nouvelles familles. Par exemple, la carte de promotion des SIPPE est rendue disponible dans les sites de prélèvements sanguins et certains présentoirs des CLSC, dans quelques cliniques médicales, dans certains centres locaux d'emploi (CLE) et organismes communautaires, etc.

1.4.2 Références

Des **mécanismes de référence formels** existent dans les deux CSSS. Au CSSSNL, une fiche de liaison prénatale, pour référer spécifiquement la clientèle SIPPE, a récemment été implantée avec des médecins accoucheurs de la MRC de Joliette. Ce mécanisme de liaison entre les médecins accoucheurs et les CLSC n'est toutefois pas implanté dans les autres MRC. Au CSSSSL, une fiche de liaison est complétée par le médecin qui assure le suivi de grossesse et est ensuite télécopiée au CLSC après que la femme ait accepté cette transmission d'informations. Cette fiche, mécanisme de référence formel entre les médecins et le CLSC, permet d'identifier différents facteurs de risque dès la grossesse, sans se limiter aux critères d'admissibilité aux SIPPE.

Dans une moindre proportion, les familles SIPPE sont **référées de façon informelle** par des ressources externes [médecins accoucheurs, CLE, centres de la petite enfance (CPE), organismes communautaires, Les Centres jeunesse de Lanaudière, etc.]. Des références internes du CLSC (cliniques jeunesse, infirmières scolaires, accueil psychosocial, rencontres prénatales, etc.) permettent aussi de diriger certaines familles vers les SIPPE. Pour soutenir ce mécanisme de référence informel, une feuille descriptive des SIPPE a été produite dans la région, en 2007, pour

les médecins accoucheurs et les intervenants susceptibles de rencontrer des familles potentielles SIPPE et de les diriger vers leur CLSC. Celle-ci décrit l'offre de service SIPPE et présente les coordonnées des CLSC nécessaires aux familles SIPPE pour obtenir des services.

Constats

Dans Lanaudière, il existe :

- un outil de **promotion** des SIPPE ciblé pour les femmes enceintes;
- des mécanismes de **référence formels**, différents d'un CSSS à l'autre, leur permettant de rejoindre les familles potentielles SIPPE, et ce, le plus précocement possible au cours de la grossesse;
- des mécanismes de **référence informels** permettant aux ressources internes et externes du CSSS de diriger les familles admissibles aux SIPPE à leur CLSC, le tout supporté par la feuille descriptive régionale des SIPPE.

Toutefois, les CSSS observent que pour maximiser l'utilité de ces outils (carte de promotion, fiche de liaison, feuille descriptive), il est nécessaire d'assurer un approvisionnement régulier de ceux-ci et de présenter l'offre de service SIPPE, par des relances régulières, aux médecins accoucheurs et aux intervenants concernés (ex. : intervenants des organismes communautaires famille, du CLE, des Centres jeunesse, etc.). En outre, tel qu'il sera constaté ultérieurement, les outils actuels ne permettent pas de rejoindre toutes les familles admissibles aux SIPPE.

2. L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES

Les SIPPE ont deux composantes : l'accompagnement des familles et la création d'environnements favorables. La présente partie fera un état de situation du déploiement de la composante « accompagnement des familles » dans les CSSS de Lanaudière.

La composante « accompagnement des familles » des SIPPE se concrétise principalement par un suivi individuel des familles par des intervenants du CSSS, de la grossesse, idéalement dès la 12^e semaine, jusqu'aux 5 ans de vie de l'enfant⁷. Principalement, les familles bénéficient de visites à domicile d'une intervenante privilégiée, qui est soutenue par une équipe interdisciplinaire, auxquelles s'ajoutent des interventions au CLSC ou dans d'autres lieux (ex. : services de garde, organismes communautaires, milieu scolaire), des interventions téléphoniques et de groupe.

Le tableau à l'annexe A présente les détails du financement accordé à cette composante des SIPPE. Il est à noter que le financement des CSSS pour ce volet :

- permet d'offrir un suivi individualisé aux familles jusqu'aux 4 ans de vie de l'enfant, incluant du soutien clinique aux intervenants;
- contient des allocations pour l'achat de matériel de sécurité à domicile (prévention des traumatismes) et la réalisation de formations aux équipes SIPPE.

2.1 Organisation des équipes SIPPE des CSSS

2.1.1 Organisation en équipes dédiées aux SIPPE

En 2012, dans les deux CSSS de Lanaudière, une équipe est dédiée aux SIPPE, au programme OLO et à la clientèle Jeunes en difficulté (JED) 0-5 ans. À l'intérieur de ces équipes, les intervenants consacrent en général la majorité de leurs tâches aux SIPPE et au programme OLO. Pour les intervenants psychosociaux surtout, le reste de leur temps est consacré aux services JED 0-5 ans.

Constats

Les arrangements organisationnels en équipes dédiées, et parfois en intervenants dédiés exclusivement aux SIPPE, comportent des avantages, mais aussi des enjeux. En effet, tel que notamment décrites dans les rapports de Desrochers et Clapperton (2007) et de Vanier (2009), les caractéristiques suivantes peuvent être associées à ce mode d'organisation :

⁷ Le cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004) prescrit le suivi de la famille jusqu'aux 5 ans de vie de l'enfant. Toutefois, faute de financement nécessaire, les familles SIPPE lanaudoises sont suivies jusqu'aux 4 ans de vie de l'enfant.

Avantages identifiés

- Favorise l'engagement aux SIPPE (formation, suivi de la clientèle) et à l'équipe;
- Aide à protéger les ressources SIPPE;
- Préserve les compétences spécifiques aux SIPPE et les connaissances spécialisées sur les familles vulnérables;
- Présuppose un nombre minimal d'intervenants;
- Permet un investissement plus intensif (disponibilité accrue) et un accompagnement personnalisé de la clientèle;
- Facilite la gestion de l'équipe par un mode d'organisation unique.

Enjeux soulevés

- Exige un arrimage entre l'ensemble des services universels en périnatalité (ex. : rencontres prénatales, soutien à l'allaitement, etc.) et les services SIPPE;
- Nécessite le renouvellement des compétences cliniques en périnatalité des intervenantes SIPPE (ex. : soutien à l'allaitement, vaccination, etc.), en sus du développement des compétences spécifiques liées aux SIPPE;
- Risque d'épuisement professionnel (lourdeur des problématiques de la clientèle);
- Nécessite une compréhension partagée et adéquate des services de nature préventive et ceux de nature curative au sein d'une même équipe.

Il semble donc important d'exercer une vigilance quant aux enjeux potentiels de ce mode d'organisation privilégié dans les CSSS.

2.1.2 Composition des équipes

Dans les deux CSSS, l'équipe interdisciplinaire est composée d'un chef d'administration des programmes (CAP), d'infirmières, de travailleuses sociales, de nutritionnistes, de psychoéducatrices et d'éducatrices spécialisées.

Au CSSSNL s'ajoutent une orthophoniste, des auxiliaires familiales, une psychologue, des agents de relations humaines (ARH) (criminologie, sexologie), un conseiller clinique psychosocial cadre et, au besoin, une hygiéniste dentaire et des organisatrices communautaires.

Au CSSSSL s'ajoutent des assistantes au supérieur immédiat (ASI), des psychologues, une orthophoniste, des auxiliaires familiales, une physiothérapeute, une ergothérapeute, des coordonnatrices professionnelles, une hygiéniste dentaire au besoin et des organisatrices communautaires.

Cependant, les CSSS mentionnent qu'il serait avantageux que leur équipe soit enrichie par davantage d'intervenants spécialisés (ex. : orthophoniste, ergothérapeute, etc.) et psychosociaux (ex. : travailleuse sociale, psychoéducatrice, éducatrice spécialisée, etc.) pour répondre aux besoins grandissants et complexes des familles suivies dans les SIPPE.

Constats

Les équipes SIPPE des deux CSSS de la région sont composées de professionnels diversifiés. Cette multidisciplinarité doit être préservée, voire renforcée, car elle est nécessaire pour offrir un suivi adapté aux besoins complexes des familles et pour travailler en interdisciplinarité.

2.1.3 Travail interdisciplinaire

Deux mécanismes de travail entre intervenants existent au CSSSSL : un mécanisme interdisciplinaire et un autre unidisciplinaire.

Le travail interdisciplinaire est supporté par des réunions cliniques entre différents professionnels, supervisées par les coordonnatrices professionnelles ou les ASI. Ces rencontres se tiennent pour déterminer le plan d'intervention des familles, mettre en commun les outils cliniques et s'assurer de l'évolution du suivi.

Le mécanisme de travail unidisciplinaire s'articule autour de rencontres de codéveloppement entre infirmières ou entre ressources psychosociales. Ces rencontres, animées par les coordonnatrices professionnelles pour les intervenants psychosociaux et animées par les ASI pour les infirmières, visent à supporter le développement des compétences professionnelles respectives et permettre une consultation clinique lors des situations plus complexes. Ces rencontres servent parfois à des discussions de cas de familles dont les problématiques sont plus saillantes et complexes. Les conseillers cliniques professionnels en soutien aux équipes peuvent parfois être interpellés pour venir supporter ces démarches.

En outre, des rencontres d'encadrement, davantage centrées sur les dimensions clinico-administratives du travail, tantôt par territoire de MRC, tantôt réunissant les deux MRC, complètent ces mécanismes de travail.

Au CSSSNL, le suivi des familles se fait en équipe interdisciplinaire. Tous les cas de familles SIPPE sont discutés, et leurs plans d'intervention révisés dans le cadre de rencontres interdisciplinaires, par territoire de MRC, qui se font toutes les deux semaines. La révision des plans d'intervention de toutes les familles SIPPE est assurée aux trois mois via ces rencontres. Actuellement, ces rencontres sont animées par une chargée de projet et le conseiller clinique psychosocial cadre. Ce mécanisme est en sus des rencontres d'encadrement, par territoire de MRC, centrées sur les aspects clinico-administratifs du travail des intervenants.

2.1.4 Soutien clinique en place

Au CSSSNL, un conseiller clinique psychosocial cadre est affecté, à temps plein, au soutien des équipes SIPPE et JED 0-4 ans, de toutes les MRC.

Au CSSSSL, les équipes de chaque MRC bénéficient du soutien d'une coordonnatrice professionnelle à mi-temps chacune (volet psychosocial) et d'une ASI (volet infirmier) à mi-temps également. De plus, les équipes ont accès à deux conseillers cliniques professionnels pour les deux volets (infirmier et psychosocial) qui sont responsables du développement des pratiques professionnelles au sein de l'établissement.

Enfin, les équipes des deux CSSS peuvent bénéficier du soutien d'un agent de liaison pour des problématiques spécifiques en matière de dépendances. Ce soutien, mis en place dans le cadre de l'établissement d'un continuum de services avec le Centre de réadaptation en dépendance de Lanaudière, peut prendre la forme de soutien clinique, de formation ou de co-intervention.

Constats

Les CSSS de Lanaudière soutiennent les équipes SIPPE par des mécanismes de travail interdisciplinaire et de soutien clinique, bien que les modalités d'application et la fréquence des rencontres varient. Ces acquis sont à préserver, voire à consolider, considérant que le travail interdisciplinaire et le soutien clinique facilitent et optimisent le travail de l'intervenante privilégiée. Surtout, ils permettent de répondre aux besoins complexes et diversifiés des familles vulnérables.

Selon les *Orientations régionales pour la supervision clinique* de la Montérégie (Bordeleau, 2006), la supervision clinique de groupe à l'équipe interdisciplinaire est nécessaire à l'application des SIPPE, considérant les grands besoins des intervenants et les gains de cette supervision (ex. : briser l'isolement, prévenir l'épuisement professionnel, favoriser la richesse et la diversité des compétences, etc.). Ces orientations recommandent d'ailleurs que cette supervision soit complétée par de la supervision clinique individuelle et de la consultation clinique ponctuelle, lesquelles visent à favoriser et à appuyer la qualité de l'intervention (Bordeleau, 2006).

Par conséquent, il semble important de réaffirmer l'importance de la supervision clinique aux équipes interdisciplinaires SIPPE dans les CSSS.

2.2 Offres de service prénatales et postnatales

2.2.1 Offre de service en période prénatale

Mécanismes de réception des demandes et d'assignation

Dans les deux CSSS de Lanaudière, ce sont les critères d'admissibilité du Cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004) qui sont retenus. Les familles qui font une demande de services sont dirigées vers une personne désignée de l'équipe SIPPE qui évalue leur admissibilité, explique ce que sont les SIPPE et inscrit ensuite la famille ou les réfère, le cas échéant, vers d'autres types de services. Si les familles sont admissibles aux SIPPE et volontaires pour y participer, elles sont attitrées à une intervenante privilégiée.

Au CSSSSL, ce sont généralement des infirmières qui sont les intervenantes privilégiées, car au début du suivi les besoins d'une famille requièrent le plus souvent leur expertise. Toutefois, dès qu'il y a un changement des besoins de la famille, l'intervenante privilégiée peut être une autre professionnelle (travailleuse sociale, nutritionniste, psychologue, psychoéducatrice, etc.). Le type de professionnel est alors déterminé par le besoin prioritaire de la famille.

Au CSSSNL, un type d'intervenant est assigné, en début de suivi, à une famille selon la majeure de ses besoins. Par conséquent, infirmières, travailleuses sociales, nutritionnistes, psychoéducatrices, voire éducatrices spécialisées, sont susceptibles de porter le statut d'intervenante privilégiée auprès des familles. De manière générale, l'intervenante privilégiée est souvent une infirmière pour une primipare. Lorsque la famille n'en est pas à son premier enfant, ce sont souvent des ressources psychosociales qui agissent à titre d'intervenante privilégiée.

Constats

Dans les CSSS de Lanaudière, l'accompagnement individuel de la famille est principalement assuré par une intervenante privilégiée, tel que stipulé par le Cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004).

Le choix de l'intervenante privilégiée, en début de suivi, est toutefois différent dans les deux CSSS. Au sud, ce sont généralement les infirmières qui jouent le rôle d'intervenante privilégiée alors qu'au nord, ce sont d'emblée différents types de professionnels, en fonction des besoins de la famille. Le Cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004) indique que l'intervenante privilégiée est assignée à la famille par les membres de l'équipe interdisciplinaire sur la base des besoins plus aigus éprouvés par la famille. Il importe donc de réitérer l'importance de l'application de la notion « d'intervenante privilégiée » en respectant les critères suivants (MSSS, 2004) :

- la plus grande continuité possible, avec application de toutes les précautions nécessaires lors d'un changement d'intervenante privilégiée ou de l'intervention ponctuelle d'une intervenante « spécialisée* »;
- la meilleure adéquation entre l'orientation professionnelle de l'intervenante privilégiée et les besoins les plus saillants chez une famille;
- l'appui d'une équipe interdisciplinaire;
- l'application appropriée de la notion d'intervenante « spécialisée », en fonction des besoins de la famille.

* L'intervenante « spécialisée » est celle qui intervient ponctuellement auprès d'une famille, en collaboration, en complément à une intervenante privilégiée ou en offrant ses conseils de « spécialiste » à une intervenante privilégiée parce que les besoins de cette famille requièrent cette expertise (Arama et Bordeleau, 2005).

Analyse de besoins initiale des familles et élaboration d'un plan d'intervention (PI)

Actuellement, dans les deux CSSS de Lanaudière, différents outils d'analyse de besoins sont utilisés en début de suivi avec les familles admises aux SIPPE. Bien que l'élaboration d'un plan d'intervention, qu'il soit disciplinaire (PI) ou interdisciplinaire (PII), soit une pratique souhaitée par les CSSS, elle n'est pas systématique auprès de toutes les familles SIPPE.

En vue d'assurer une harmonisation des pratiques, notamment interdisciplinaire, et de placer la famille au cœur de l'analyse de ses besoins, les équipes SIPPE des deux CSSS ont suivi en avril 2012 une formation sur des outils cliniques appelés « grilles défis ». Élaborés par le CSSS du Suroît, ces grilles permettent aux familles d'identifier elles-mêmes leurs « défis » et de cerner les moyens pour les relever. Ces grilles, utilisées de façon continue en cours de suivi, soutiennent l'élaboration d'un PI ou d'un PII auprès de la famille. Elles sont actuellement expérimentées dans les deux CSSS de Lanaudière.

Constats

Dans les deux CSSS, il n'y a pas d'harmonisation des outils utilisés pour l'analyse des besoins des familles. De plus, l'élaboration d'un PI ou d'un PII auprès des familles n'est pas systématique. Les outils proposés par le CSSS du Suroît offrent une piste avantageuse pour analyser les besoins des familles. En effet, parce qu'ils placent les parents à l'avant-plan dans l'évaluation de leurs besoins et qu'ils permettent aux parents de le faire de façon continue en cours de suivi, ces outils favorisent la rétention des familles aux SIPPE.

En sus, une meilleure analyse de la situation des familles permettra de mieux cerner le profil des clientèles à risque par rapport à celles en difficulté et de les orienter vers les bons services. En ce sens, il est nécessaire d'encourager les CSSS à se doter de pratiques plus systématiques d'analyse de besoins et de rédaction de PI et de PII auprès des familles SIPPE, processus dans lesquels les familles sont actives et au cœur de l'évaluation.

Interventions individuelles et de groupe

Selon ce qui est prévu au Cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004), les deux CSSS de la région offrent des suivis individuels pendant la grossesse aux familles SIPPE.

Pour soutenir leurs interventions individuelles, les CSSS utilisent plusieurs outils. Les intervenantes privilégiées s'appuient notamment sur le *Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse jusqu'à un an* (Desjardins et coll., 2005), développé par le MSSS. Elles s'appuient également sur le *Regroupement de propositions d'interventions et d'outils pour les suivis individuels de la grossesse jusqu'aux 24 mois de vie de l'enfant* (Hamza et coll., 2008) produit dans la région. Cet outil regroupe, dans un cartable prénatal, plusieurs des outils disponibles, tant pour l'intervenante que pour la famille, permettant d'atteindre les objectifs préventifs des SIPPE : sens de la grossesse et de la parentalité, bien-être physique et psychologique, alimentation, santé dentaire, activité physique, comportements sexuels sécuritaires, traumatismes non intentionnels, réduction des méfaits du tabac, de l'alcool et des drogues illicites, développement de l'attachement, travail et accouchement, etc.

C'est aussi dans le contexte des interventions individuelles prénatales que sont distribuées huit cartes postales prénatales, développées par deux nutritionnistes de la région (Barbeau et Cloutier, 2008). Celles-ci démontrent l'importance de bonnes habitudes de vie pendant la grossesse pour un développement optimal de l'enfant. Elles sont acheminées aux quatre semaines aux futures mères et aux futurs pères, et ce, de la 8^e à la 36^e semaine de grossesse.

En complément à ces interventions individuelles prénatales, réalisées principalement à domicile par une intervenante privilégiée, le CSSSSL offre des interventions de groupe en période prénatale pour la clientèle SIPPE (Voir Annexe B). Le CSSSNL n'offre plus de rencontres de groupe en période prénatale dédiées spécifiquement à la clientèle SIPPE, bien que de telles rencontres aient déjà été offertes par le passé dans certains territoires de MRC. Ce type de rencontre n'est plus offert principalement en raison d'un trop faible taux de participation aux groupes. Le CSSSNL explore donc actuellement la possibilité d'adopter une formule de petits groupes informels regroupant trois à quatre familles partageant un besoin commun (ex. : travail, accouchement et allaitement).

Constats

Dans les deux CSSS de Lanaudière, des interventions individuelles sont offertes aux femmes enceintes suivies dans les SIPPE, soutenues par différents outils. Des rencontres de groupe sont offertes en sus, ou l'ont déjà été, en période prénatale. Pour les familles SIPPE, ces rencontres sont avantageuses parce qu'elles permettent notamment de briser l'isolement.

Les CSSS notent cependant que la fréquentation de ces rencontres de groupe a nettement diminué au cours des deux dernières années. Diverses hypothèses explicatives sont avancées : difficulté de transport liée à l'éloignement, diminution graduelle de l'offre de rencontres de groupe du CSSS à la clientèle pour se concentrer sur les exigences de performance des suivis individuels, accès accru de l'information prénatale via Internet, etc. Par conséquent, la pertinence de ce type de rencontre, spécifique aux familles SIPPE, est remise en question. En considérant les besoins actuels d'information des futurs parents et les multiples sources d'informations modernes auxquelles ils sont exposés, il y a lieu de réfléchir et de repositionner le contenu et les moyens de diffusion des informations prénatales aux futurs parents.

À ce titre, le Portail d'information prénatale, développé par l'équipe en périnatalité et petite enfance de l'INSPQ et différents partenaires, sera utile pour positionner le contenu à partir de messages clés. Ce dernier, destiné aux professionnels de la santé et des services sociaux du réseau public et communautaire chargés de transmettre de l'information prénatale aux futurs parents, vise à harmoniser l'information prénatale transmise sur différents thèmes : activité physique et mieux-être, adaptation à la parentalité, allaitement, alimentation et gain de poids, alcool, drogues, santé mentale, tabac, violence conjugale, etc. (Lévesque et Chan, 2011).

Quant aux modalités de diffusion du contenu, elles devront être réfléchies et appuyées sur les besoins des parents.

2.2.2 Offre de service en période postnatale

Interventions individuelles

Dans les deux CSSS, des suivis individuels à domicile sont offerts aux familles en période postnatale 0-4 ans. Ceux-ci se réalisent notamment à partir du *Regroupement de propositions d'interventions et d'outils pour les suivis individuels de la grossesse jusqu'aux 24 mois de vie de l'enfant* (Hamza et coll., 2008), utilisé également en période prénatale.

Lorsque l'enfant est âgé entre 2 et 4 ans, la plupart des interventions individuelles sont réalisées, selon les besoins de l'enfant et de sa famille, par une éducatrice spécialisée, une psychoéducatrice, une orthophoniste ou encore une ressource psychosociale. Dans ce contexte, pour favoriser le développement des enfants, l'intervention est parfois soutenue par les fiches d'activités du *Guide d'intervention pour soutenir les pratiques parentales* (Beauregard et coll., 2009) produit par le MSSS. Ces interventions individuelles sont parfois complétées au CSSSNL par des interventions de groupe spécifiques en orthophonie pour les parents et les enfants qui vivent des difficultés langagières particulières.

Également, au CSSSNL, depuis 2008-2009, les enfants des familles SIPPE, qui n'ont pas de médecin de famille ou de pédiatre, peuvent bénéficier d'un suivi développemental à l'aide de l'Abécédaire, jusqu'aux 4 ans de vie de l'enfant, par le biais d'une infirmière de l'équipe SIPPE appuyée par une infirmière praticienne spécialisée (IPS). Le développement d'ordonnances collectives permet une réponse plus adéquate aux traitements de problèmes de santé courants (ex. : otite). Ce projet d'optimisation du rôle de l'infirmière de première ligne a été créé et spécifiquement mis en place pour les familles SIPPE. Fait à noter, le CSSSNL évalue que ce projet réduit de moitié l'abandon des familles SIPPE au suivi. En effet, en 2007-2008, avant le démarrage du projet, on estimait que les services ont été interrompus pour 25 % des familles SIPPE. En 2008-2009, année de démarrage du projet, on notait un plus faible taux d'abandon de 12 %.

Au CSSSSL, depuis mai 2011, la clientèle SIPPE, ainsi que les intervenants, peuvent bénéficier de consultations médicales via une clinique en pédiatrie sociale. Ce service, davantage centré sur la maltraitance, l'abus et la négligence, est offert exclusivement à la clientèle SIPPE-JED à raison de trois demi-journées par mois. En sus, depuis l'hiver 2012, les familles SIPPE dont l'enfant n'a pas de médecin peuvent bénéficier des services de la clinique de suivi des bébés (médecin et infirmière).

Enfin, dans le cadre des visites à domicile, les intervenantes font la prévention des traumatismes non intentionnels auprès des tout-petits. En effet, depuis 2004, les CSSS reçoivent un budget récurrent (Voir Annexe A) pour faire l'achat de matériel, des équipements et des accessoires de sécurité dédiés aux familles suivies dans les SIPPE, à partir d'un *Aide-mémoire pour faire la promotion du matériel, des équipements et des accessoires pour prévenir les traumatismes non intentionnels chez les moins de 15 ans* (DSPE, RRSSS Lanaudière, 2003). Lors des visites à domicile, les intervenantes privilégiées distribuent les équipements les plus appropriés à la réalité de chaque famille, font l'enseignement nécessaire à leur utilisation optimale et, dans certains cas, procèdent à l'installation ou en vérifient l'installation.

Interventions de groupe

Dans les deux CSSS, des interventions de groupe sont offertes aux parents d'enfants âgés entre 6 mois et 2 ans. Les familles SIPPE ont ainsi accès à une variété d'interventions de groupe, le plus souvent axées sur l'alimentation de l'enfant, son développement, les habiletés parentales et les liens d'attachement (voir Annexe B). Ces interventions de groupe sont souvent réalisées en collaboration avec les organismes communautaires famille de la région. Tantôt ces interventions ciblent spécifiquement les familles SIPPE, tantôt elles ciblent toutes les familles et les familles SIPPE peuvent y participer.

Collaboration avec les services de garde éducatifs et à l'enfance (SDGEE)

Les deux CSSS de Lanaudière ont des protocoles d'entente signés avec les CPE et quelques garderies privées pour faciliter l'accès aux services de garde, notamment pour les clientèles SIPPE. Cependant, plusieurs obstacles limitent l'accès à ces places pour les familles suivies dans les SIPPE. À titre d'exemple, on peut mentionner la difficulté de transport vers le milieu de garde, l'incompatibilité entre les besoins de la famille et les caractéristiques du milieu de garde (ex. : place disponible vs âge de l'enfant, horaire et emplacement géographique du milieu de garde, « timing » de la place disponible, etc.), le peu de places disponibles pour les moins de 18 mois et le manque de ressources en services de garde pour recevoir des enfants en difficulté ou ayant des besoins particuliers.

Au titre des collaborations CSSS-SDGEE, les CSSS réalisent également, dans le cadre d'un PI et lorsque pertinent, une évaluation psychosociale pour l'exonération des frais de garde aux enfants en besoins particuliers et du soutien aux CPE pour les enfants en difficulté et leurs parents.

Constats

Dans les deux CSSS de Lanaudière, des suivis individuels sont principalement offerts aux familles SIPPE, tant en prénatal qu'en postnatal 0-4 ans. Des rencontres de groupe complètent parfois ces interventions individuelles pour les périodes prénatale, postnatale 0-2 ans et postnatale 2-4 ans. Aussi, bien que des protocoles d'entente existent entre les CSSS et les services de garde, l'accès aux places en services de garde est limité pour les enfants SIPPE, et ce, pour plusieurs raisons.

Il ressort donc que les interventions individuelles à domicile, complétées par des interventions de groupe, doivent être préservées en prénatal et en postnatal 0-4 ans dans la région, tel que le prévoit le Cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004).

Enfin, il serait opportun d'explorer la possibilité d'offrir d'autres modalités d'intervention que les visites à domicile (ex. : groupes de parents, interventions éducatives précoces) lorsque l'enfant est âgé entre 18 mois et 5 ans. En effet, selon deux avis de l'INSPQ (Beauregard, Comeau et Poissant, 2010; Beauregard, Chan et Comeau, 2010), ces autres modalités d'intervention, combinées aux visites à domicile, peuvent favoriser :

- la rétention des familles dans les SIPPE (augmentation de la durée) en leur offrant des services adaptés à leurs besoins ;
- l'atteinte des objectifs liés aux SIPPE, notamment en ce qui concerne le développement de l'enfant et des pratiques parentales positives.

Outils de mesure du développement des enfants utilisés

Dans les deux CSSS, différents outils de mesure du développement de l'enfant sont utilisés.

Tableau 1
Utilisation des outils de mesure du développement de l'enfant au sein des équipes des CSSS

Outils	CSSSSL	CSSSNL
Grille Ballon	■	■
Brigance	■	■
Grille d'évaluation du développement de l'enfant (GED)	■	■
Questionnaire de dépistage du district de Nipissing	■	
Questionnaires sur les étapes de développement (ASQ)	■	■

Légende : ■ : utilisé

Constats

Différents outils de mesure de développement de l'enfant sont utilisés dans la région, sans orientations régionale ou locale précises. L'INSPQ (2010) a émis un avis scientifique sur ces outils de mesure de développement de l'enfant âgé de 0 à 5 ans dans l'optique où l'utilisation de ceux-ci contribuent et s'inscrivent en complémentarité aux guides d'intervention ministériels sur l'attachement (MSSS, 2005) et les pratiques parentales (MSSS, 2009). Selon l'INSPQ (2010), il est utile, tant pour les parents que pour les intervenants, de mesurer le développement de l'enfant dans les SIPPE en vue d'offrir une intervention adaptée aux besoins de l'enfant.

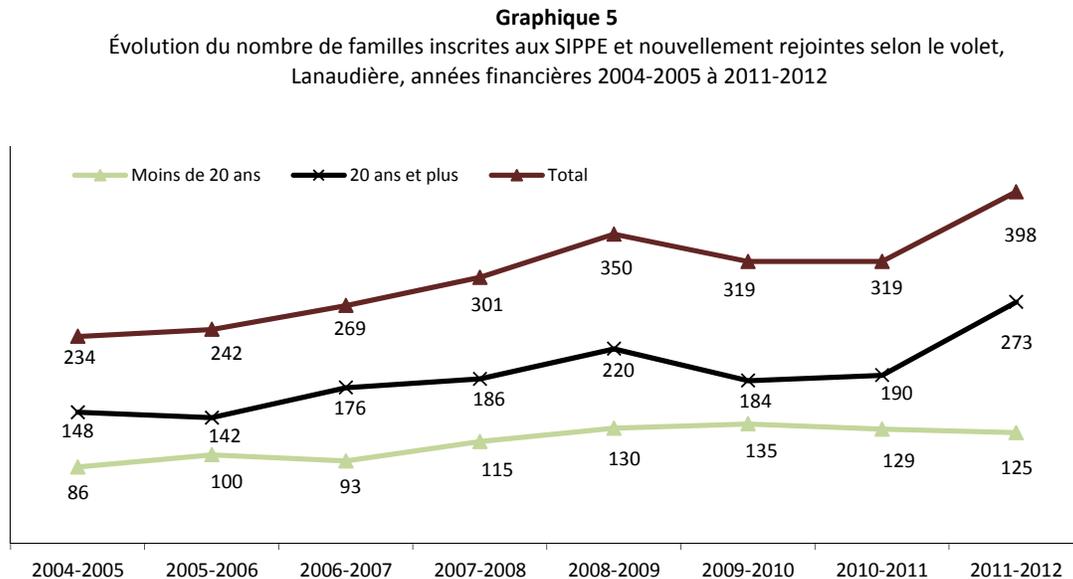
Selon les CSSS de la région, la diversité des outils utilisés est avantageuse. Elle offre de la souplesse aux intervenants pour faire un meilleur choix d'outils de mesure en fonction du besoin d'évaluation de l'enfant et de son contexte d'utilisation. À cet égard, la diffusion de l'avis de l'INSPQ (Beauregard, Comeau et Poissant, 2010a) et l'accompagnement professionnel approprié auprès des intervenants psychosociaux utilisant ces outils pourraient soutenir leur travail.

Par ailleurs, il est souhaitable que les choix d'outils de mesure du développement considèrent également ceux qui sont, ou peuvent être utilisés, par les partenaires de la communauté (ex. : Les Centres jeunesse, organisme communautaire, etc.). L'utilisation de mêmes outils permettrait une lecture et une compréhension communes du développement de l'enfant.

2.3 Nombre et proportion de familles rejointes dans les SIPPE

2.3.1 Nombre de familles rejointes

Le graphique 5 illustre le nombre de familles SIPPE, tant dans les volets « moins de 20 ans » que « 20 ans et plus », nouvellement rejointes chaque année depuis 2004-2005. Il fait état du nombre de nouvelles familles, dont l'enfant est né au cours de l'année financière indiquée, ayant reçu des services dans les SIPPE.



Source : Fiches de reddition de comptes annuelles émises dans le cadre des Ententes de gestion et d'imputabilité, années financières 2004-2005 à 2011-2012.

Le graphique 5 témoigne de la capacité des CSSS, en général, à rejoindre un plus grand nombre de familles dans les SIPPE chaque année, l'année 2011-2012 constituant un sommet en termes de **nombre** de familles rejointes.

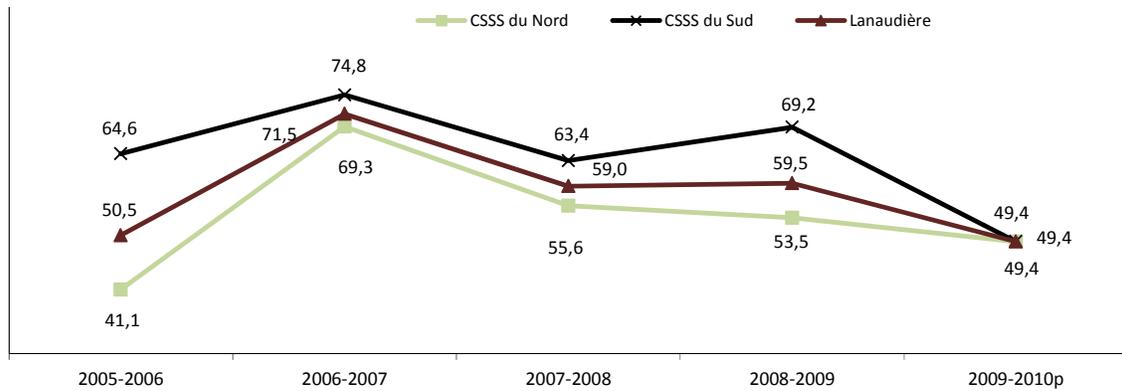
2.3.2 Proportion de familles rejointes

Le **nombre** de familles rejointes permet certes d'apprécier la capacité des CSSS à rejoindre les familles potentielles. Cependant, la **proportion** des familles rejointes le permet davantage.

Ainsi, en utilisant le nombre de familles **rejointes** dans une année et en le divisant par le nombre de familles **potentielles**⁸ (naissances réelles chez la clientèle ciblée) à rejoindre dans cette même année, on obtient la proportion des familles SIPPE réellement rejointes annuellement. Le graphique 6 montre la proportion de nouvelles familles rejointes chaque année dans les SIPPE.

⁸ Les familles potentielles sont représentées par le nombre de femmes ayant accouché dans l'année et 1) ayant moins de 20 ans et 2) ayant 20 ans et plus, en plus d'être sous-scolarisées (moins de 11 ans).

Graphique 6
Proportion de nouvelles familles rejointes dans les SIPPE, CSSS et Lanaudière,
années financières 2005-2006 à 2009-2010p (%)



P : données provisoires

Sources : Fiches de reddition de comptes annuelles émises dans le cadre des Ententes de gestion et d'imputabilité, années financières 2005-2006 à 2009-2010 et MSSS, Fichier des naissances vivantes, années financières 2005-2006 à 2009-2010p.

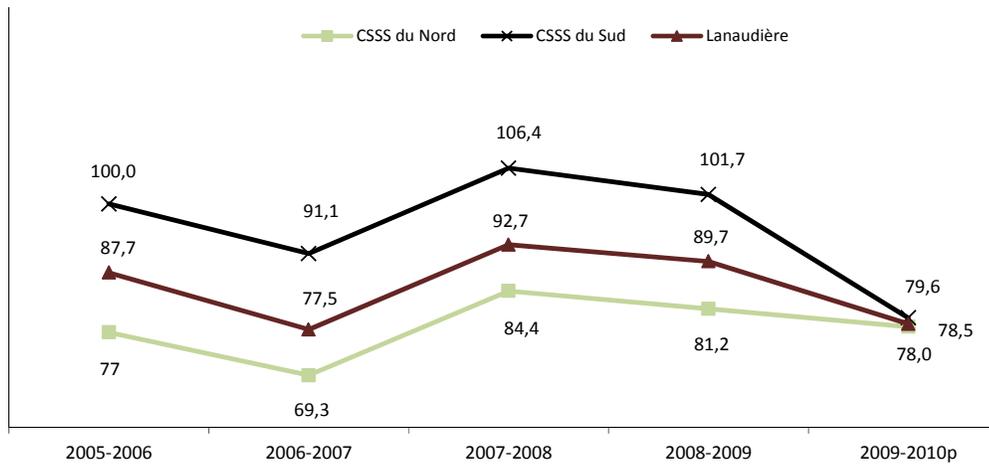
Au graphique 6, on observe que les CSSS rejoignent entre 41 et 75 % des familles potentielles, la **proportion** de familles rejointes la plus élevée étant en 2006-2007 (75 %) au CSSSSL. On note également que ce CSSS rejoignait une plus grande proportion de ses familles SIPPE que celui du Nord entre 2005 et 2009. Globalement, près de 60 % des familles SIPPE ont été rejointes en moyenne au cours des cinq dernières années.

Les graphiques 7 et 8 montrent la **proportion** de familles rejointes dans les deux volets des SIPPE : le volet « moins de 20 ans » (graphique 7) et celui « 20 ans et plus ayant moins de 11 ans de scolarité » (graphique 8).

Le graphique 7 montre qu'une **proportion** variant entre 69 et 106 %⁹ des familles dont la mère est âgée de moins de 20 ans a été rejointe entre 2005-2006 et 2009-2010p dans les CSSS, le CSSSSL obtenant généralement des proportions plus élevées que celles du CSSSNL. C'est en moyenne 85 % des familles SIPPE dont la mère a moins de 20 ans qui ont été rejointes au cours des cinq dernières années.

⁹ Cette proportion plus élevée que 100 % peut s'expliquer par différentes raisons. La principale étant que certaines femmes ayant accouché dans une autre région (naissance comptabilisée dans une autre région, non incluse dans le dénominateur) viennent s'installer dans Lanaudière en postnatal et sont comptabilisées dans les familles rejointes dans les SIPPE au volet « jeunes parents » par les CSSS (numérateur).

Graphique 7
Proportion de nouvelles familles rejointes dans les SIPPE,
mères de moins de 20 ans, CSSS et Lanaudière, années financières 2005-2006 à 2009-2010p (%)

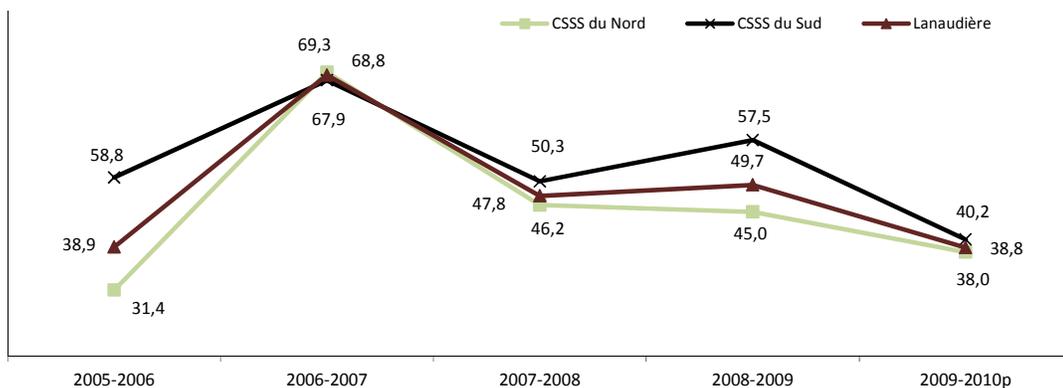


P : données provisoires

Sources : Fiches de reddition de comptes annuelles émises dans le cadre des Ententes de gestion et d'imputabilité, années financières 2005-2006 à 2009-2010 et MSSS, Fichiers des naissances vivantes, années financières 2005-2006 à 2009-2010p.

Quant au graphique 8, il montre qu'une **proportion** variant entre 31 et 69 % des familles, dont la mère est âgée de 20 ans et plus et ayant moins de 11 ans de scolarité, a été rejointe chaque année dans les CSSS. Les proportions varient énormément, on peut dégager une moyenne régionale annuelle d'environ 50 % de familles rejointes dans les SIPPE entre 2005 et 2010.

Graphique 8
Proportion de nouvelles familles rejointes dans les SIPPE, mères de 20 ans et plus et ayant moins de 11 ans de
scolarité, CSSS et Lanaudière, années financières 2005-2006 à 2009-2010p (%)



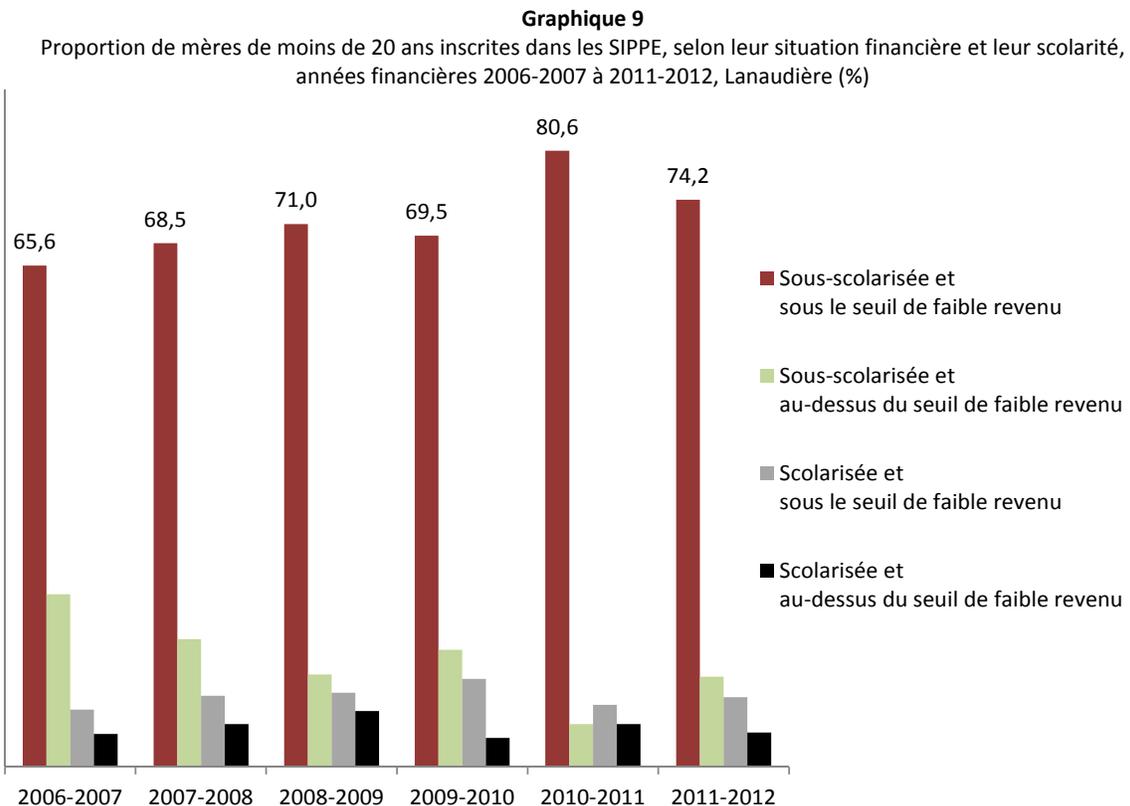
P : données provisoires

Sources : Fiches de reddition de comptes annuelles émises dans le cadre des Ententes de gestion et d'imputabilité, années financières 2005-2006 à 2009-2010 et MSSS, Fichiers des naissances vivantes, années financières 2005-2006 à 2009-2010p.

2.3.3 Situation financière et scolarité des familles rejoints dont la mère est âgée de moins de 20 ans

Depuis le 1^{er} avril 2012, suivant une recommandation nationale post-chantiers SIPPE (Therrien et coll., 2011), le jeune âge de la mère n'est plus retenu comme un critère d'admissibilité aux SIPPE. Seuls deux critères sont retenus, soient la sous-scolarisation de la mère (moins de 11 ans de scolarité) et le fait de vivre sous le seuil de faible revenu, et ce, qu'importe l'âge de la mère. Conséquemment, certaines mères de moins de 20 ans, qui ne sont pas sous-scolarisées ou qui ne vivent pas sous le seuil de faible revenu sont exclues des SIPPE, contrairement aux années antérieures. Dans ce contexte, il est intéressant d'estimer, parmi les mères de moins de 20 ans suivies dans les SIPPE dans les CSSS de Lanaudière et au cours des dernières années, la proportion d'entre elles qui répondent aux critères de sous-scolarisation et de faible revenu.

Le graphique 9 indique la proportion de mères, suivies dans les SIPPE dans les années financières 2006-2007 à 2011-2012, qui répondent ou non à un ou à ces deux critères. Il révèle que, dépendant des années, entre deux tiers à environ trois quarts des mères de moins de 20 ans suivies dans les SIPPE répondent aux deux critères de sous-scolarisation et de faible revenu (entre 66 % et 81 %).



Source : RAMQ (2012). Extrants annuels statutaires sur les SIPPE pour le Québec, ses régions et ses territoires locaux. Tableau 5 : Répartition des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les services spécifiques selon leur situation financière et leur scolarité, par type de clientèle, région de Lanaudière.

Constats

Au cours des cinq dernières années, les CSSS de Lanaudière ont rejoint environ 85 % des familles du volet « moins de 20 ans – jeunes parents » et 50 % des familles du volet « 20 ans et plus – extrême pauvreté » pour une proportion globale réelle de 60 % des familles SIPPE. Selon le *Plan stratégique 2005-2010* du MSSS, il faudrait rejoindre une proportion de 80 % des familles SIPPE.

En sus, le nombre de familles potentielles admissibles aux SIPPE sera réduit. En effet, puisque les familles à rejoindre dans les SIPPE devront toutes répondre aux critères de sous-scolarisation et de faible revenu, qu'importe leur âge (Therrien et coll., 2011), environ le quart des familles dont la mère a moins de 20 ans ne sont plus admissibles aux SIPPE parce qu'elles ne répondent pas à la fois aux critères de sous-scolarisation et de faible revenu.

Il est donc nécessaire d'envisager des façons de rejoindre une plus grande proportion des familles potentielles SIPPE lanaudoises selon les critères liés à leur scolarité et leur situation financière.

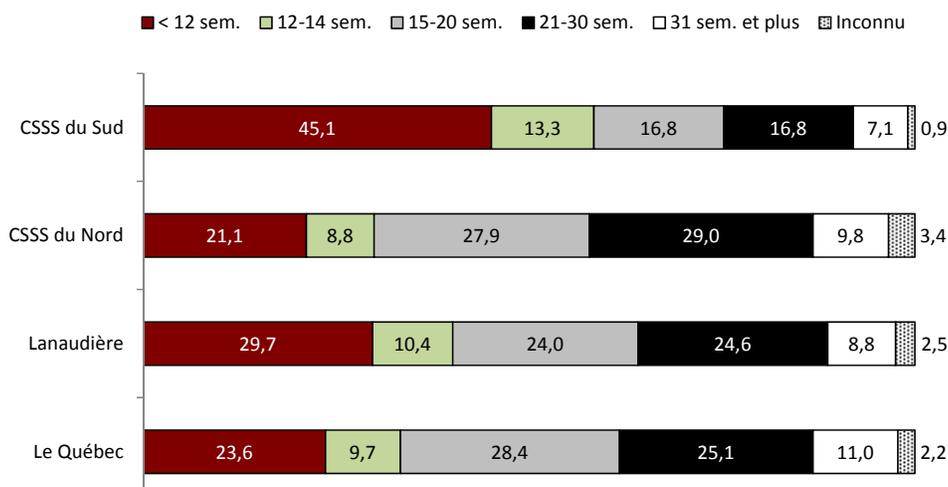
2.4 Caractéristiques du suivi prénatal

2.4.1 Début du suivi en prénatal

Le Cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004) stipule que les familles doivent être rejointes idéalement à **partir** de la 12^e semaine. Les données suivantes, présentées au graphique 10, indiquent l'âge gestationnel au moment de l'inscription des familles SIPPE.

Graphique 10

Répartition des femmes nouvellement inscrites aux services spécifiques liés aux SIPPE (jeunes parents et extrême pauvreté) selon leur âge gestationnel au moment de l'inscription (en semaines), année financière 2009-2010, CSSS, Lanaudière et le Québec



Source : RAMQ (2012). Extraits annuels statutaires sur les SIPPE pour le Québec, ses régions et ses territoires locaux. Tableau 6 : Répartition des femmes nouvellement inscrites aux services spécifiques dans l'année de référence, selon leur âge gestationnel au moment de l'inscription, par type de clientèle (en période prénatale), année de référence 2009-2010, région de Lanaudière (tableau abrégé).

Dans les CSSS de Lanaudière, environ le tiers des familles (30 %) sont inscrites **avant** la 12^e semaine de grossesse, la proportion étant nettement plus élevée dans le sud (45 %) que dans le nord (21 %). Régionalement, près du tiers (29 %) des familles sont inscrites **entre la 12^e et la 14^e semaine de grossesse** : c'est le cas pour 13 % des familles du CSSSSL et 30 % des familles du CSSSNL. Enfin, près du quart des familles (24 %) au CSSSSL et plus du tiers des familles (39 %) au CSSSNL sont rejointes plus tardivement, soit après 20 semaines de grossesse.

En fait, près de 60 % des familles :

- sont inscrites avant la 15^e semaine de grossesse au CSSSSL (58 %);
- sont inscrites avant la 30^e semaine de grossesse au CSSSNL (58 %), tout comme dans l'ensemble du Québec.

Il est à noter que le CSSSNL observe que la demande de services des familles admissibles aux SIPPE arrive plus tardivement au cours de la grossesse. Le peu de références formelles entre le médecin et le CSSS peut expliquer que les femmes ne soient pas inscrites dans les SIPPE plus tôt au cours de leur grossesse.

Constats

Le Cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004) recommande le suivi des familles **dès la 12^e semaine de grossesse**.

Dans Lanaudière, en additionnant les familles qui sont rejointes avant la 12^e semaine et entre la 12^e et la 14^e semaine de grossesse, on obtient une proportion de 40 % de familles. C'est 58 % des familles au CSSSSL et 30 % des familles qui sont rejointes **avant la 12^e semaine de grossesse ou avant la 15^e semaine de grossesse (entre la 12^e et la 14^e semaine)**.

Bien que les effets de l'intervention précoce sur la rétention de la clientèle au programme de type SIPPE demeurent à démontrer (preuves empiriques contradictoires), les experts mettent l'emphase sur l'importance de recruter et d'intervenir le plus précocement possible auprès des familles SIPPE dans le programme (Beauregard et coll., 2010). Cette intervention précoce, lorsqu'accompagnée de la distribution de suppléments alimentaires (OLO), semble particulièrement déterminante pour le poids du bébé à naître. En effet, des gains plus favorables sur le poids du bébé sont liés à la distribution de suppléments alimentaires **à partir** de la 12^e semaine de grossesse plutôt qu'à partir de la 20^e semaine (Lazariu-Bauer et coll., 2004).

Par conséquent, il semble nécessaire de poursuivre des efforts locaux, voire régionaux, pour rejoindre le plus tôt possible les familles en début de grossesse, notamment par la promotion, les références formelles et informelles, le démarchage, voire l'implantation d'un avis de grossesse.

2.4.2 Intensité et lieux des interventions individuelles en prénatal

Intensité des visites à domicile

Le Cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004) recommande une visite à domicile aux deux semaines pour la période de suivi prénatale, de la 12^e semaine de grossesse jusqu'à l'accouchement¹⁰.

Le tableau 2 illustre l'intensité des visites à domicile, soit le nombre moyen d'interventions par semaine, pour les familles suivies en prénatal dans les SIPPE en 2011-2012. Il montre que l'intensité des visites à domicile prénatales, régionales et par CSSS, est un peu en dessous (0,39) du seuil requis (0,50)⁵, mais qu'elle est plus élevée que la moyenne québécoise.

Tableau 2
Intensité des visites à domicile en période prénatale, CSSS, Lanaudière et le Québec, 2011-2012

	Nb interventions	Nb semaines	Intensité (Nb int./sem.)
CSSSNL	1 649	3 782	0,44
CSSSSL	857	2 630	0,33
Lanaudière	2 506	6 412	0,39
Le Québec	21 308	79 397	0,27

Source : RAMQ. I-CLSC, Indicateurs de gestion, indicateur 1.01.12B1 Pré-Int (EG2/Visites à domicile par semaine dans le cadre des SIPPE en période prénatale - Nb interventions) et indicateur 1.01.12.B1SEM (EG2/Visites à domicile par semaine dans le cadre des SIPPE en période prénatale – Nb semaines considérées), année 2011-2012.

Intensité de toutes les interventions individuelles réalisées

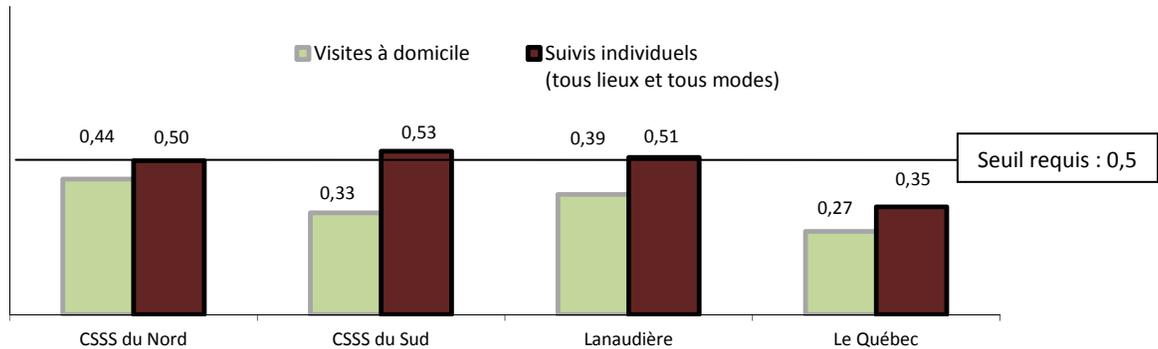
En période prénatale, des interventions individuelles sont également réalisées dans d'autres lieux que le domicile de la famille (ex. : CLSC, organisme communautaire, service de garde, etc.) ou par d'autres modes qu'une rencontre en personne (ex. : suivi téléphonique).

Le graphique 11 témoigne de l'intensité de tous ces types d'interventions, en incluant les visites à domicile. En considérant tous les lieux et tous les modes d'intervention, on constate que l'intensité régionale des interventions individuelles en période prénatale, c'est-à-dire le nombre d'interventions par semaine, atteint le seuil requis par le Cadre de référence (2004) du MSSS (0,51 vs 0,50) en plus d'être supérieure à la moyenne québécoise (0,51 vs 0,35).

¹⁰ Une intervention par deux semaines pour une durée de 28 semaines (12^e à 40^e semaine de grossesse), ce qui donne 14 interventions/28 semaines = 0,5 intervention par semaine.

Graphique 11

Intensité des visites à domicile prénatales et des interventions individuelles (tous lieux et tous modes) en période prénatale auprès des familles suivies dans les SIPPE, CSSS, Lanaudière et le Québec, 2011-2012



Sources : RAMQ. I-CLSC, Indicateurs de gestion, indicateur 1.01.12B1 Pré-Int (EG2/Visites à domicile par semaine dans le cadre des SIPPE en période prénatale - Nb interventions) et indicateur 1.01.12.B1SEM (EG2/Visites à domicile par semaine dans le cadre des SIPPE en période prénatale – Nb semaines considérées), année 2011-2012.

RAMQ. I-CLSC, Outils régionaux, indicateur GES-0401 (Nombre d'interventions SIPPE prénatal) et indicateur GES-0403 (Nombre semaines SIPPE prénatal), année 2011-2012.

Lieux des interventions individuelles prénatales

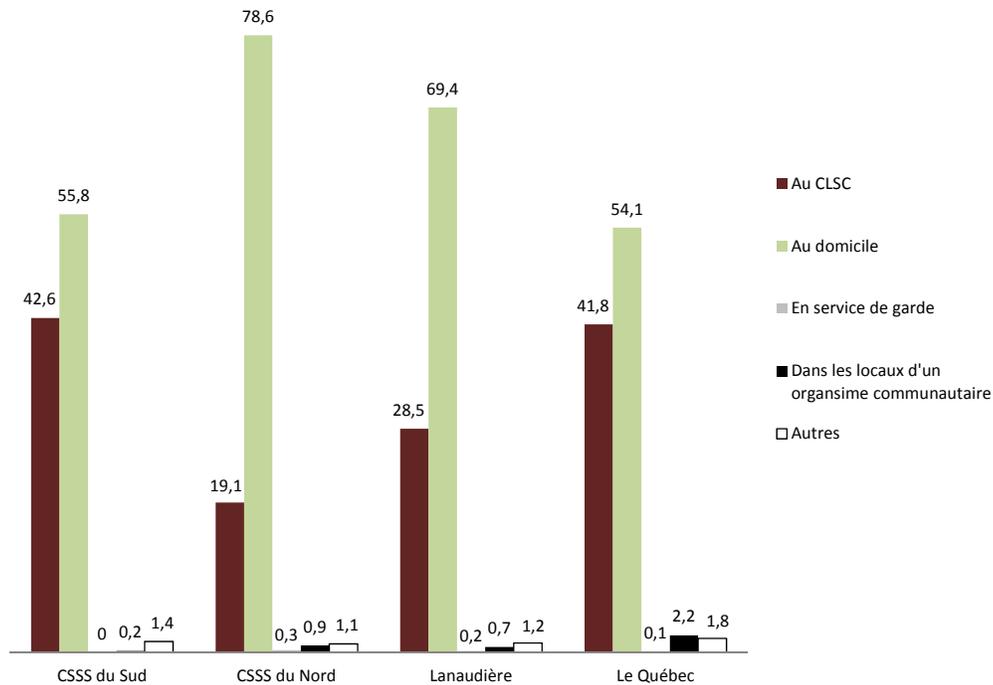
Le graphique 12 détaille la proportion des interventions individuelles prénatales selon le lieu où elles se déroulent.

En moyenne, dans Lanaudière, plus des deux tiers (69 %) des interventions individuelles prénatales sont réalisées au domicile de la famille tandis que moins du tiers (29 %) des interventions est réalisé dans les locaux du CLSC.

Cependant, on constate qu'une plus grande proportion des suivis individuels est réalisée au domicile des familles au CSSSNL (79 %) comparativement au CSSSSL (56 %). En ce sens, 43 % des interventions individuelles sont réalisées en CLSC pour le CSSSSL, situation assez similaire dans l'ensemble du Québec (42 %).

Graphique 12

Proportion des interventions individuelles prénatales réalisées auprès de la clientèle nouvellement inscrites aux SIPPE, selon le lieu d'intervention, CSSS, Lanaudière et le Québec, en 2011-2012 (%)



Source : RAMQ (2012). Extrants annuels statutaires sur les SIPPE pour le Québec, ses régions et ses territoires locaux. Tableau 13 : Nombre moyen d'interventions réalisées et pourcentage de visites à domicile auprès des femmes suivies en périodes prénatales et postnatales selon le lieu de l'intervention, par type de clientèle, année 2011-2012.

Constats

L'intensité régionale des visites à domicile en période prénatale n'atteint pas le seuil prescrit dans le Cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004). Cependant, l'intensité des interventions individuelles prénatales, pour tous les lieux et tous les modes, atteint le seuil ministériel requis, soit une fois aux deux semaines.

En fait, plus des deux tiers des interventions individuelles prénatales se concrétisent en visites à domicile et l'autre tiers principalement par des interventions individuelles réalisées au CLSC. Il faut enfin noter que la proportion de visites à domicile en prénatal est plus élevée au CSSSNL (79 %) qu'au CSSSSL (56 %) et qu'une proportion assez élevée de suivis individuels est réalisée au CLSC pour le CSSSSL.

L'importance et les avantages de la visite à domicile comme modalité d'intervention individuelle sont largement démontrés (Beauregard, Comeau et Poissant, 2010). En ce sens, il semble important qu'une plus grande part des interventions individuelles continuent d'être réalisées au domicile des familles dans Lanaudière, tout en considérant les besoins individuels des familles, à la fois pour l'intensité, le lieu et le mode d'intervention.

2.5 Caractéristiques du suivi postnatal

2.5.1 Intensité des visites à domicile en période postnatale

Le cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004) prescrit une intensité de visites à domicile suivante :

- de la naissance à la 6^e semaine de vie de l'enfant : 1 visite par semaine (seuil : 1,0)
- de la 7^e semaine de vie de l'enfant au 12^e mois : 1 visite aux deux semaines (seuil : 0,5)
- du 13^e au 60^e mois de vie de l'enfant : 1 visite aux quatre semaines (seuil : 0,25)

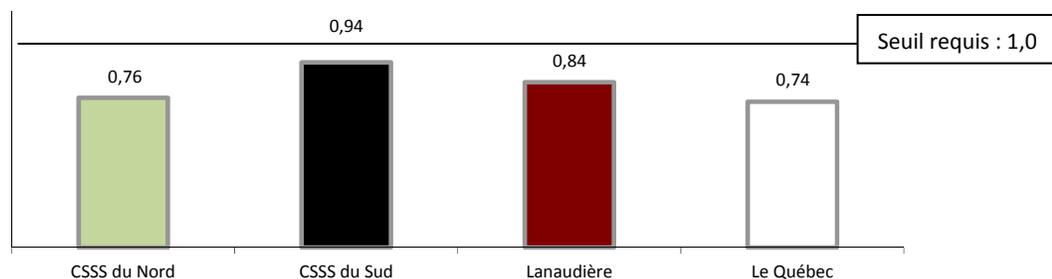
Les graphiques 13, 14 et 15 montrent l'intensité des visites à domicile, en période postnatale, par période de suivi : de 0 à 6 semaines, de la 7^e semaine au 12^e mois et du 13^e au 60^e mois.

Globalement, on note que l'intensité des visites à domicile dans les CSSS de Lanaudière n'atteint pas les seuils requis, particulièrement au cours de la période 7^e semaine – 12^e mois. En revanche, l'intensité lanauoise, à toutes les périodes ciblées, est supérieure à l'intensité pour l'ensemble du Québec.

L'intensité présentée se limite toutefois aux visites à domicile : elle ne comptabilise donc pas les interventions individuelles téléphoniques, au CLSC ou dans un autre lieu (ex. : service de garde, organisme communautaire, école, etc.) et les interventions de groupe qui s'ajoutent aux visites à domicile.

Graphique 13

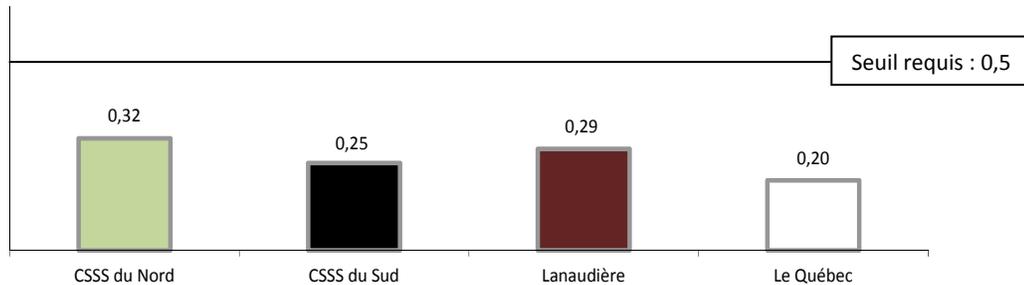
Intensité des visites à domicile postnatales, période de 0 à la 6^e semaine, auprès des familles suivies dans les SIPPE, CSSS, Lanaudière et le Québec, 2011-2012



Source : RAMQ. I-CLSC, Indicateurs de gestion, indicateur 1.01.12. B2 Post1-INT. (EG2/Visites à domicile par semaine dans le cadre des SIPPE en période postnatale 1 [de la naissance à la 6^e semaine de vie] - Nb interventions) et indicateur 1.01.12.B2-Post1-SEM (Visites à domicile par semaine dans le cadre des SIPPE en période postnatale 1 [de la naissance à la 6^e semaine de vie] – Nb semaines considérées), année 2011-2012.

Graphique 14

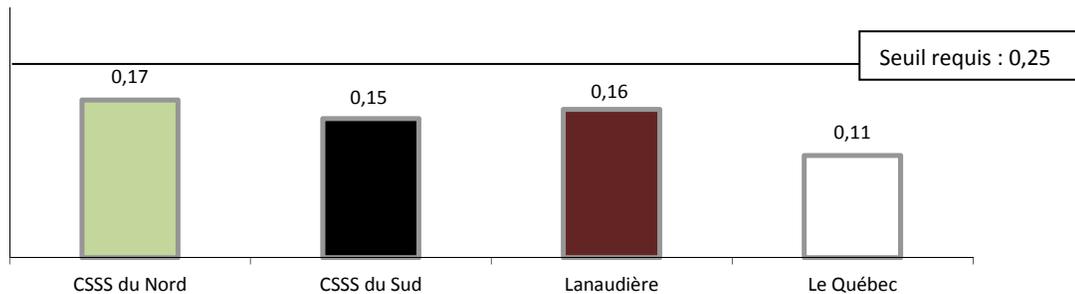
Intensité des visites à domicile postnatales, période allant de la 7^e semaine au 12^e mois, auprès des familles suivies dans les SIPPE, CSSS, Lanaudière et le Québec, 2011-2012



Source : RAMQ, I-CLSC, Indicateurs de gestion, indicateur 1.01.12.B3-Post2-INT (EG2/Visites à domicile par semaine dans le cadre des SIPPE en période postnatale 2 [de la 7^e semaine au 12^e mois de vie] - Nb interventions) et indicateur 1.01.12.B3-Post2-SEM (EG2/Visites à domicile par semaine dans le cadre des SIPPE en période postnatale 2 [de la 7^e semaine au 12^e mois de vie] - Nb semaines considérées), année 2011-2012.

Graphique 15

Intensité des visites à domicile postnatales, période allant du 13^e au 60^e mois, auprès des familles suivies dans les SIPPE, CSSS, Lanaudière et le Québec, 2011-2012



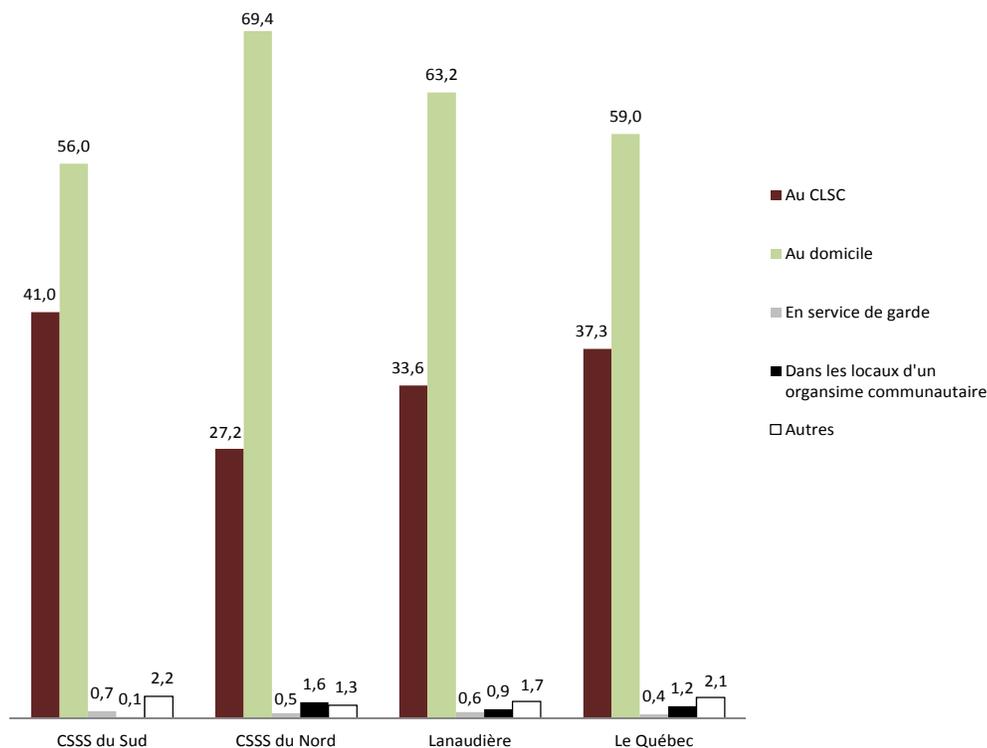
Source : RAMQ, I-CLSC, Indicateurs de gestion, indicateur 1.01.12.B4 Post3-INT (EG2/Visites à domicile par semaine dans le cadre des SIPPE en période postnatale 3 [du 13^e au 60^e mois de vie] - Nb interventions) et indicateur 1.01.12.B4- Post3- SEM (Visites à domicile par semaine dans le cadre des SIPPE en période postnatale 3 [du 13^e au 60^e mois de vie] - Nb semaines considérées), année 2011-2012.

2.5.2 Lieux des interventions individuelles en période postnatale

Tout comme en période prénatale, les CSSS réalisent près des deux tiers de leurs interventions postnatales au domicile de la famille contre le tiers au CLSC surtout et dans d'autres lieux. Le CSSSNL réalise une plus grande part de visites à domicile que le CSSSSL.

Graphique 16

Proportion des interventions individuelles postnatales réalisées, selon le lieu d'intervention, familles suivies dans les SIPPE, CSSS, Lanaudière et le Québec, année 2011-2012 (%)



Source : RAMQ (2012). Extrants annuels statutaires sur les SIPPE pour le Québec, ses régions et ses territoires locaux. Tableau 13 : Nombre moyen d'interventions réalisées et pourcentage de visites à domicile auprès des femmes suivies en périodes prénatales et postnatales selon le lieu de l'intervention, par type de clientèle, année 2011-2012.

Constats

L'intensité des visites à domicile en postnatal, bien que supérieure à celle observée dans l'ensemble du Québec, est en dessous du seuil ministériel requis, surtout pour la période allant de la 7^e semaine postnatale au 12^e mois de vie de l'enfant.

Bien qu'en dessous du seuil requis, l'intensité des visites à domicile lanaudoise est la deuxième plus élevée au Québec, après la région de l'Estrie. En effet, selon le rapport du Commissaire à la santé et au bien-être (2012), Lanaudière réalise un nombre moyen de 267 visites à domicile, par semaine, pour 1 000 enfants âgés entre 0 et 5 ans dans le cadre des SIPPE. Cette donnée permet d'apprécier l'intensité des visites à domicile lanaudoise en période postnatale.

En contrepartie, parmi l'ensemble des interventions individuelles postnatales, moins des deux tiers se concrétisent par des visites à domicile. Notons qu'en période postnatale, une plus grande proportion de visites à domicile est réalisée au CSSSNL (69 %) qu'au CSSSSL (56 %).

Un avis de l'INSPQ (Beauregard, Comeau et Poissant, 2010), portant notamment sur l'efficacité des visites à domicile chez les familles vulnérables visées par les SIPPE, déclare que les visites à domicile :

- constituent un moyen efficace pour atteindre particulièrement certains objectifs des SIPPE, notamment lorsqu'il est question de développement de l'enfant, du lien parent-enfant, des pratiques parentales, de la santé mentale du parent, de l'allaitement, de la réduction des blessures non intentionnelles et des risques de maltraitance ou de négligence;
- sont particulièrement efficaces lorsqu'elles sont débutées en période prénatale et qu'elles sont fréquentes et régulières pendant au moins deux ans;
- constituent une modalité d'intervention avantageuse parce qu'elle permet à l'intervenant :
 - de connaître l'environnement dans lequel vit la famille;
 - de rencontrer tous les membres de la famille ensemble;
 - de créer un lien de confiance plus facilement;
 - de s'adapter aux horaires de la famille;
 - de créer un contexte d'intervention moins formel;
 - de rejoindre des familles isolées, éloignées ou ayant des difficultés de transport.

Considérant cet avis, le bilan des chantiers SIPPE (Therrien et coll., 2011) privilégie la visite à domicile comme principale modalité d'intervention jusqu'aux deux ans de vie de l'enfant. Puisque la visite à domicile comporte de nombreux avantages, il semble important qu'une plus grande part des interventions individuelles postnatales soit réalisée au domicile des familles, comme l'est la proportion d'interventions individuelles prénatales. Cela doit néanmoins se faire en considérant les réalités et en priorisant les besoins des familles en termes d'intensité, de mode et, surtout, de lieux d'intervention qu'il peut être souhaitable de diversifier en période postnatale : organisme communautaire, service de garde, établissement scolaire, etc.

2.5.3 Nombre d'enfants 0-5 ans rejoints

Certaines données sont disponibles via le système I-CLSC sur les enfants âgés entre 0 à 5 ans ayant un dossier d'usager ouvert et faisant l'objet d'un plan d'intervention (PI) spécifique. Toutefois, ces données semblent nettement sous-estimer, à cause des façons diverses de codifier l'intervention, les enfants faisant l'objet d'interventions, dont la famille est suivie dans les SIPPE, lorsqu'on les compare à l'estimation que font les CSSS du nombre d'enfants dont la famille est suivie dans les SIPPE qui font l'objet d'interventions.

À défaut de s'appuyer sur des données quantitatives fiables, deux constats peuvent toutefois être dégagés sur l'intervention auprès des enfants âgés de 0 à 5 ans, à partir des réflexions recueillies auprès des CSSS.

Premièrement, certains intervenants se questionnent parfois sur la cible de l'intervention au cours de la période postnatale, particulièrement lorsque l'enfant est âgé entre 2 et 5 ans : est-ce « les parents » ou « l'enfant »? Conséquemment, ils se questionnent également sur l'objet de leurs interventions : les pratiques parentales ou le développement de l'enfant? Dépendant de la façon dont les intervenants répondent à cette question, et parfois du type de professionnel impliqué dans l'intervention, la cible du plan d'intervention sera différente et la façon de coder l'intervention dans le système I-CLSC également.

Deuxièmement, entre la période 0-2 ans et la période 2-5 ans, il y a parfois un changement d'intervenante privilégiée. Ainsi, un relais est parfois nécessaire entre deux intervenantes privilégiées, souvent de profession différente. Or, ce relais doit être encadré pour se faire dans

les meilleures conditions : préserver le lien de confiance avec la famille, codification des données adéquate en fonction du type d'intervention réalisée, décision éclairée au regard des objectifs d'intervention, de la cible d'intervention et des modalités privilégiées, etc.

Constats

Les données disponibles sur le nombre d'enfants faisant l'objet d'un plan d'intervention (PI) spécifique dans les SIPPE ne semblent pas représentatives de la réalité observée en CSSS. À ce jour, ce sont les réflexions des CSSS qui permettent d'analyser l'intervention auprès des enfants âgés de 0 à 5 ans. Ces réflexions mènent à l'importance de :

- clarifier l'offre de service aux familles SIPPE dont l'enfant est âgé entre 2 et 5 ans : les objectifs, les cibles et les modalités privilégiées d'intervention, et ce, en tenant compte des besoins de la famille;
- définir les modalités de transition ou de fonctionnement entre deux intervenantes privilégiées, possiblement de profession différente, s'il y a lieu;
- donner des orientations claires sur la façon de colliger ces interventions dans le système I-CLSC.

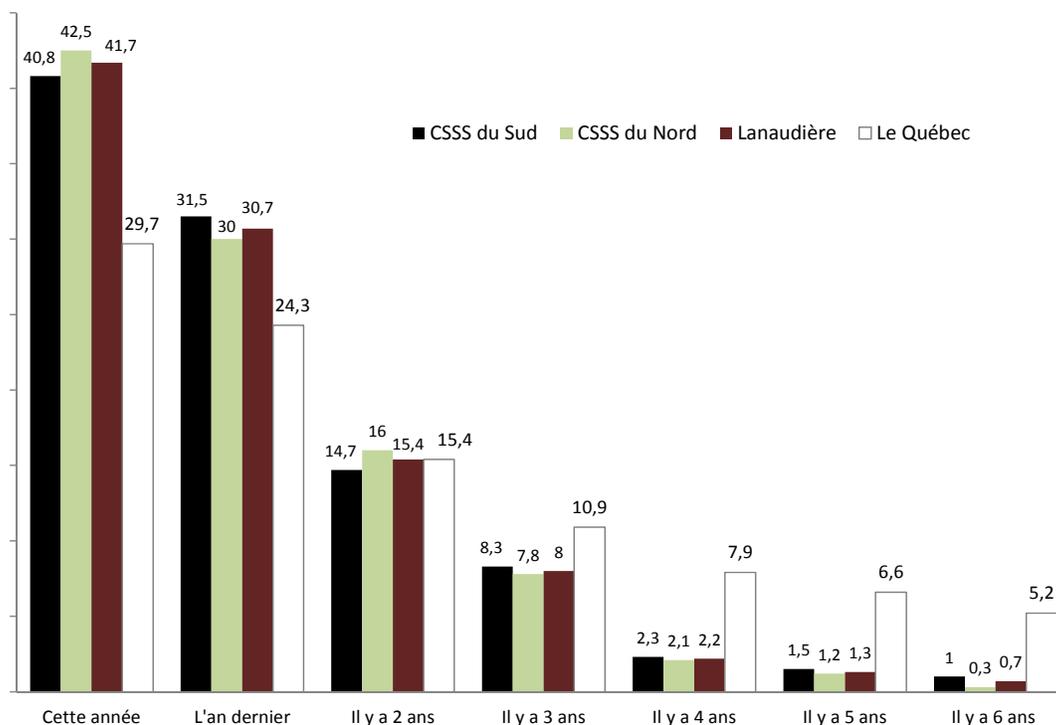
2.5.4 Durée du suivi postnatal

Outre les familles nouvellement rejointes chaque année, il y a les familles qui continuent d'être suivies dans les SIPPE au-delà de la première année où elles ont été inscrites.

Le graphique 17 illustre la proportion de familles suivies dans les SIPPE selon leur durée de participation au programme, le point de départ étant leur année d'inscription. Ces données permettent d'identifier la durée de participation aux SIPPE pour l'ensemble de la clientèle ayant reçu des services au cours de l'année 2011-2012, c'est-à-dire les femmes dont le service spécifique a été actif au moins une journée dans l'année 2011-2012.

Graphique 17

Proportion de la clientèle SIPPE ayant reçu des services prénatals ou postnatals dans l'année en cours, selon leur année d'inscription aux SIPPE, CSSS, Lanaudière et le Québec, année 2011-2012 (%)



Source : RAMQ (2012). Extrait annuel statutaire sur les SIPPE pour le Québec, ses régions et ses territoires locaux. Tableau 1 : répartition des femmes suivies dans les SIPPE et ayant accouché ou non dans l'année de référence selon l'année d'inscription, par type de clientèle, année 2011-2012.

On constate que pour près des trois quarts des familles lanaudoises suivies dans les SIPPE, l'inscription, en prénatal ou en postnatal, date de l'année en cours (2011-2012) ou de l'année précédente (2010-2011). Un peu plus du quart des familles suivies en 2011-2012 est inscrit depuis 2, 3, 4, 5 et 6 ans.

Pour la région, la proportion de femmes suivies depuis 2, 3, 4 ou 5 ans est plus faible que l'ensemble du Québec, cet écart de proportion étant particulièrement marqué pour les familles inscrites depuis 3, 4, 5 et 6 ans.

Constats

Environ le quart des familles suivies dans les SIPPE en 2011-2012 sont inscrites depuis deux à six ans. Le même constat peut être fait pour les années antérieures (données non présentées), cela reflète donc une difficulté à poursuivre le suivi des familles dans les SIPPE au-delà, grosso modo, des deux ans de vie de l'enfant.

L'objectif des SIPPE étant notamment de favoriser une entrée scolaire réussie en accompagnant la famille jusqu'aux cinq ans de vie de l'enfant, il semble nécessaire de réfléchir aux moyens les plus adaptés aux familles vulnérables de poursuivre l'accompagnement, si cela est nécessaire, au-delà des deux premières années de suivi.

Pour identifier ces moyens, il semble nécessaire de considérer :

- les facteurs associés à la poursuite et à la continuité de l'accompagnement au-delà de deux ans : relation de confiance solide avec l'intervenante privilégiée, adéquation entre les services offerts et les besoins de la famille, notamment dans la modulation de l'intensité, intervention centrée sur l'enfant, diversité des modalités d'intervention privilégiée, etc. (Beauregard, Chan et Comeau, 2010; Therrien et coll., 2011);
- l'ensemble des ressources qui peuvent soutenir de façon appropriée les familles dont l'enfant est âgé de plus de deux ans, par exemple, les organismes communautaires, les services de garde, le réseau scolaire et de l'emploi, etc.

2.5.5 Cessation des services SIPPE

Nombre et proportion de familles dont les SIPPE sont interrompus

Pour plusieurs familles, le suivi SIPPE est cessé avant les cinq ans de vie de l'enfant.

Dans le tableau 3, on constate que, parmi toutes les familles suivies en 2011-2012, les services SIPPE se sont terminés pour environ le quart des familles, et ce, pour une autre raison qu'une nouvelle grossesse. Ces proportions sont assez similaires pour les deux CSSS ainsi que pour Lanaudière et l'ensemble du Québec.

Tableau 3

Familles suivies dans les SIPPE dont la fin des services spécifiques a été enregistrée en 2011-2012 pour un motif autre que nouvelle grossesse, CSSS, Lanaudière et le Québec (N et %)

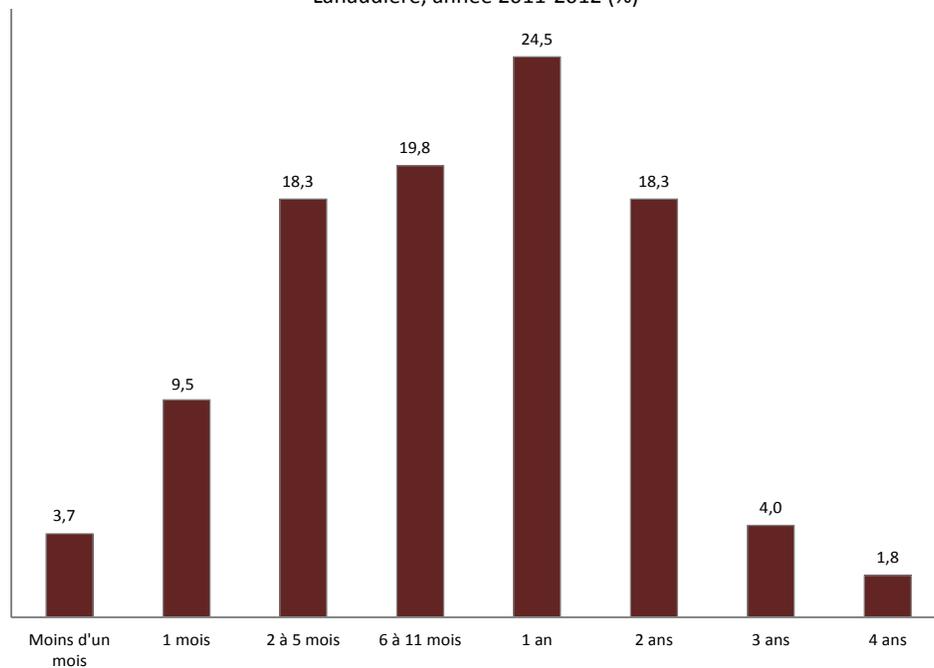
	Clientèle SIPPE		Fin des services	
	N		N	%
CSSSSL	483		132	27,3
CSSSNL	576		141	24,5
Lanaudière	1 059		273	25,8
Le Québec	19 159		4 522	23,6

Source : RAMQ (2012). Extrants annuels statutaires sur les SIPPE pour le Québec, ses régions et ses territoires locaux. Tableau 1 : Répartition des femmes suivies dans les SIPPE et ayant accouché ou non dans l'année de référence selon l'année d'inscription, par type de clientèle, année 2011-2012 et Tableau 15 : Répartition des femmes dont le service spécifique a pris fin pendant l'année de référence selon la durée de suivi et la raison de cessation des services, par type de clientèle, année 2011-2012.

En complément d'information, pour ces familles dont le suivi SIPPE s'est interrompu en 2011-2012, il est possible de connaître la durée des services obtenus. Le graphique 18 illustre la durée du suivi SIPPE pour les familles dont le service s'est interrompu en 2011-2012, et ce, entre l'inscription initiale et sa cessation.

Graphique 18

Durée du suivi depuis l'inscription initiale, familles ayant eu une cessation de services SIPPE, Lanaudière, année 2011-2012 (%)



Source : RAMQ (2012). Extrants annuels statutaires sur les SIPPE pour le Québec, ses régions et ses territoires locaux. Tableau 15 : Répartition des femmes dont le service spécifique a pris fin pendant l'année de référence selon la durée de suivi et la raison de cessation des services, par type de clientèle, année 2011-2012.

Globalement, pour plus des trois quarts des familles dont les SIPPE ont été fermés au cours de l'année 2011-2012, les suivis ont cessé moins de deux ans après leur inscription initiale aux SIPPE. Précisément, parmi les familles dont le suivi a été cessé en 2011-2012 :

- la moitié ont cessé leur suivi moins d'un an après leur inscription initiale;
- plus du quart ont cessé leur suivi entre un an et deux ans suivant leur inscription initiale.

Constats

Dans Lanaudière, en 2011-2012, le suivi a cessé pour le quart de l'ensemble des familles inscrites dans les SIPPE. Pour celles dont le suivi a cessé, on note qu'il prend fin, dans la moitié des cas, moins d'un an après le début des services et, pour le quart d'entre elles, entre un an et deux ans de suivi. Ainsi, pour les trois quarts des familles dont le suivi SIPPE est cessé, il l'est moins de deux ans suivant leur inscription.

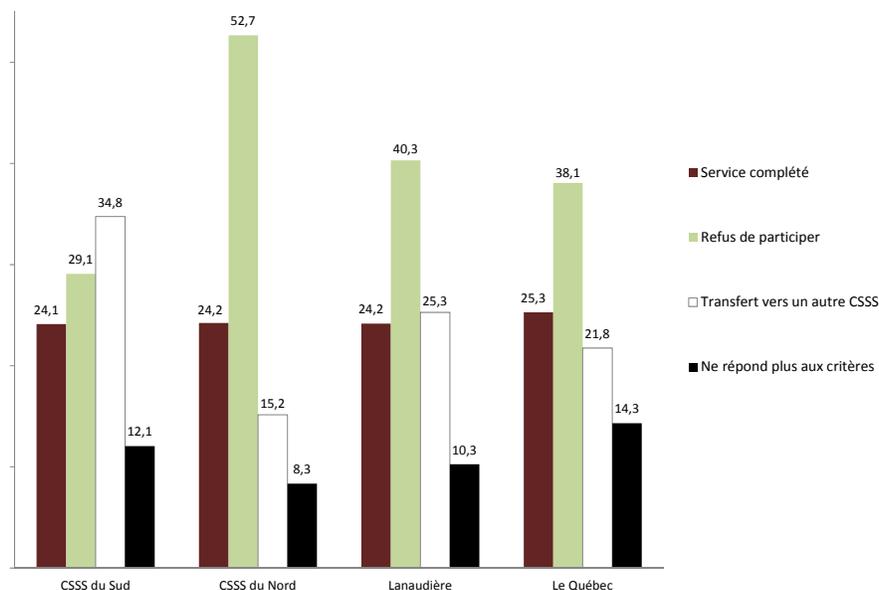
Cette donnée réaffirme, une fois de plus, la pertinence de trouver des stratégies pour maintenir la continuité de l'accompagnement des familles vulnérables, dans la mesure où la famille a des besoins en ce sens et que les objectifs des SIPPE ne sont pas atteints pour celles-ci.

2.5.6 Motifs de cessation des services SIPPE

Lorsqu'il y a fermeture des SIPPE, le motif de cessation doit être indiqué dans la Fiche périnatalité du système I-CLSC. Le graphique 19 indique quelles sont les raisons de cessation de ces services pour la clientèle ayant cessé les services en 2011-2012.

Graphique 19

Raisons de cessation des services spécifiques, familles suivies dans les SIPPE dont le service a pris fin pendant l'année, CSSS, Lanaudière et le Québec, année 2011-2012 (%)



Source : RAMQ (2012). Extrait des annuaires statistiques sur les SIPPE pour le Québec, ses régions et ses territoires locaux. Tableau 15 : Répartition des femmes dont le service spécifique a pris fin pendant l'année de référence selon la durée de suivi et la raison de cessation des services, par type de clientèle, année 2011-2012.

Dans Lanaudière, les raisons de cessation les plus fréquentes sont le « refus de participer » et le « transfert vers un autre CSSS ». On note qu'au CSSSSL, les raisons de cessation des services se répartissent assez également entre les motifs « service complété », « refus de participer » et « transfert vers un autre CSSS ». En contrepartie, au CSSSNL, le motif « refus de participer » est responsable de la moitié des fermetures SIPPE, ce qui est un peu plus élevé que dans Lanaudière (40 %) et dans l'ensemble du Québec (38 %).

Constats

Le refus des familles de participer aux SIPPE est un important motif de cessation des suivis SIPPE au CSSSNL. Cela est d'ailleurs plus élevé que l'ensemble du Québec.

Selon un avis de l'INSPQ (Beauregard, Chan et Comeau, 2010), la rétention des familles SIPPE est notamment associée à des facteurs reliés aux familles. Ainsi, cerner les préoccupations des familles, adapter notre offre de service en fonction de leurs besoins, entretenir un lien de confiance avec elles et impliquer des personnes significatives de leur entourage pour favoriser leur appui au programme sont des éléments déterminants sur lesquels il faut travailler pour assurer la rétention des familles vulnérables aux SIPPE.

3. SOUTIEN À LA CRÉATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

Le soutien à la création d'environnements favorables (SCEF) est l'une des deux composantes des SIPPE. C'est une stratégie qui vise à créer des environnements qui agissent sur différents déterminants de la santé et du bien-être des familles. Comme moyen pour y parvenir, l'action intersectorielle, nationale, régionale et locale, est privilégiée. Cette dernière permet, entre autres choses, d'identifier les besoins des familles, de fixer des priorités d'action, de déterminer des moyens pour répondre à ces besoins, de créer des alliances pour répondre à la complexité des besoins des familles, etc.

Des ressources financières sont affectées spécifiquement pour cette composante des SIPPE : elles représentent environ 20 % de l'ensemble des budgets octroyés pour les SIPPE (voir Annexe A). Ces ressources financières avaient été données aux CSSS afin :

- d'embaucher ou consolider une ressource en organisation communautaire pour soutenir ou mettre en place des mécanismes d'action intersectorielle permettant l'identification des besoins des familles SIPPE et les moyens pour y répondre;
- de réaliser des projets, des activités ou de mettre en place des services offerts par les ressources du milieu pour répondre à ces besoins.

Actuellement, ces allocations budgétaires sont surtout dédiées à la réalisation de projets, au déploiement de services répondant aux besoins des familles et, parfois, à l'embauche d'une ressource dédiée en CSSS pour soutenir et accompagner les démarches ou les actions intersectorielles.

3.1 Mécanismes de concertation intersectorielle en place dans les CSSS

- Au CSSSSL

La MRC des Moulins possède une Table de concertation en petite enfance (0-5 ans). Il existe également un Comité intersectoriel SIPPE regroupant des représentants d'organismes ou établissements (CSSS, Les Centres jeunesse, organismes communautaires famille et toxicomanie, établissement scolaire, CPE, avocat de l'aide juridique).

La MRC de L'Assomption possède, depuis 2007, une Table de concertation Enfance-Famille 0-12 ans. Actuellement, aucune structure spécifique aux SIPPE n'y existe. Cependant, un comité spécifique aux SIPPE a existé entre 2002 et 2008, lequel s'est joint à la Table de concertation 0-12 ans en 2008.

- Au CSSSNL

Les quatre MRC (Joliette, Matawinie, Montcalm, D'Autray) possèdent une table de concertation en petite enfance 0-5 ans, non spécifique aux SIPPE. Les besoins des familles SIPPE, ainsi qu'une offre de service et d'activités conséquentes permettant d'y répondre, ne sont pas discutés spécifiquement à ces tables.

Constats

Dans chacune des MRC de Lanaudière, il existe des mécanismes d'action intersectorielle, le plus souvent dédiés à la clientèle 0-5 ans. Dans la MRC des Moulins, il existe, en sus, un comité intersectoriel spécifiquement destiné aux SIPPE.

Selon le Cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004), l'action intersectorielle est un moyen incontournable pour actualiser le volet « création d'environnements favorables » des SIPPE. Outre pour la MRC des Moulins, les réalités des familles SIPPE ne font pas l'objet de discussions spécifiques aux tables locales 0-5 ans.

Il serait donc essentiel que l'action intersectorielle soutienne la création d'environnements favorables pour les familles vulnérables dans chaque milieu, c'est-à-dire en devenant le moyen privilégié pour réaliser une analyse de besoins des familles, dégager une vision commune de la situation ainsi que la conception, la réalisation et l'évaluation de projets. Cette action intersectorielle ne sera optimale que dans la mesure où elle sera à la couleur de chaque milieu (forces, acquis de concertation, expertise et intérêt des organismes représentés, stabilité des partenaires impliqués, etc.), c'est-à-dire avec toute la latitude pour déterminer les moyens et les instances qui la font vivre (Côté, 2008).

3.2 Ressources en organisation communautaire dédiées

- Au CSSSL

Tant pour la MRC des Moulins que celle de L'Assomption, une organisatrice communautaire est affectée aux SIPPE. Deux jours par semaine (0,4 ETC) y sont consacrés pour la MRC des Moulins et une journée par semaine (0,2 ETC) pour la MRC de L'Assomption.

- Au CSSNL

Au CSSNL, la réalité des familles ayant des enfants âgés entre 0 et 5 ans est considérée par les organisatrices communautaires. Toutefois, aucune organisatrice communautaire n'est spécifiquement dédiée aux SIPPE.

Constats

Dans chacune des MRC de Lanaudière, des ressources en organisation communautaire sont affectées aux réalités des familles ayant des enfants âgés entre 0 et 5 ans. Au CSSS du Sud, les deux MRC ont une organisatrice communautaire spécifiquement dédiée aux SIPPE.

Selon le rapport du Comité-conseil post-chantiers sur les SIPPE (Therrien et coll., 2011), l'implication d'un accompagnateur ou d'un agent pivot en action communautaire, spécifiquement dédié aux SIPPE, est utile, bien qu'elle semble peu répandue dans les différentes régions du Québec. Ainsi, le comité recommande donc d'encourager le recours à une ressource d'expertise (ex. : organisatrice communautaire, accompagnatrice, agente pivot, etc.) pour « soutenir le processus d'action intersectorielle locale et agir en concertation avec » (p. 22) les ressources internes et externes du CSSS. La faisabilité et la nécessité du maintien ou de la présence d'une telle ressource, dans les MRC de Lanaudière, devront donc être discutées localement.

3.3 Mécanismes d'allocations budgétaires, d'entente et de suivi des projets

- Au CSSSSL

Dans la MRC des Moulins, c'est le Comité intersectoriel SIPPE qui réalise l'identification et l'analyse des besoins des familles SIPPE, selon la perception des organismes participants. Ce comité établit un plan d'action composé d'un ensemble d'objectifs, d'actions et de priorités. De ce plan d'action peut émerger le financement de projets ou de services via l'enveloppe budgétaire SIPPE. Ce comité fait également le suivi du plan d'action et une rétroaction sur les activités qui y ont été réalisées, et ce, annuellement. Enfin, chaque année, la pertinence et la faisabilité de la présence des organismes, qui sont représentés actuellement ou qui pourraient l'être, sont évaluées.

Dans la MRC de L'Assomption, les projets subventionnés le sont sur la base d'une analyse de besoins réalisée en 2002-2003 par les membres du comité spécifique SIPPE. Cette analyse de besoins des familles avait été réalisée à partir de la perception des besoins des membres du comité et d'une collecte de données auprès des jeunes parents (groupes témoins). Depuis, les projets sont reconduits sur la base de cette analyse aux organismes qui répondent à certains besoins des familles suivies dans les SIPPE (ex. : cuisines collectives, transport, etc.).

Enfin, dans les deux MRC, les allocations budgétaires prévues à la création d'environnements favorables dans le cadre des SIPPE font l'objet de protocoles d'entente et sont suivies notamment à l'aide de bilans annuels d'activités (ex. : nombre de familles rencontrées, description des activités, etc.).

- Au CSSSNL

Les allocations budgétaires du SCEF des SIPPE sont allouées à des organismes sur la base de leur mission et non à partir du processus d'action intersectorielle. Les mécanismes d'entente des projets varient d'une MRC à l'autre. Dans les MRC de Matawinie et de Montcalm, des ententes de collaboration sont signées, mais reconduites depuis quelques années. Dans les deux autres MRC, aucune entente n'est signée. Pour toutes les MRC, puisqu'aucun mécanisme de suivi de ces activités n'est prévu et en place, il est difficile de faire un bilan des activités et des services dont bénéficient spécifiquement les familles SIPPE.

Constats

Dans les CSSS de Lanaudière, il ne semble pas y avoir de mécanisme décisionnel formel et de critères d'attribution des ressources financières dans le cadre de la composante SCEF des SIPPE, sauf dans la MRC des Moulins. Les allocations se réalisent tantôt sur la base d'une analyse de besoin non renouvelée ou de la mission globale d'un organisme. Parfois, des ententes sont signées, permettant d'assurer un suivi des projets, mais la réalisation de telles ententes n'est pas systématique.

Pour être optimaux, les projets développés devraient :

- être issus d'une analyse de besoins réalisée auprès de la clientèle ciblée par les SIPPE ou auprès des partenaires de l'action intersectorielle qui connaissent bien les réalités des familles vulnérables;
- démontrer l'implication concrète de partenaires de la communauté, et s'inscrire en cohérence avec leur mission et leurs ressources, en plus des CSSS et des familles. Tous sont ou ont été étroitement associés, en totalité ou en partie et à divers titres, soit à l'analyse des besoins, à la conception du projet, à sa réalisation concrète ou à son évaluation;
- proposer des stratégies pour impliquer les familles vivant en contexte de vulnérabilité;
- avoir une durée maximale de trois ans;
- posséder d'autres sources de financement qui sont identifiées dès le début pour assurer la suite du projet et ne pas être allouées comme contribution à la mission de base d'un organisme.

(Organisateurs communautaires des CSSS et Direction régionale de la santé publique de la Capitale-Nationale, 2007; Côté, 2008)

Une démarche de réflexion régionale devrait être réalisée afin de s'assurer que les projets soutenus et réalisés dans le cadre de la composante SCEF des SIPPE répondent à l'ensemble ou à certaines de ces caractéristiques.

3.4 Stratégies de participation des familles

Aucun mécanisme formel, autant dans le nord que dans le sud de Lanaudière, n'est prévu pour que les familles vulnérables énoncent leurs besoins, voire participent à l'action intersectorielle et à la définition des projets, des activités ou des services à mettre en place.

Cependant, certaines démarches d'analyse de besoins directes auprès des futurs parents ou parents ont été réalisées, parfois à plusieurs reprises, dans certains territoires de MRC entre 2003 et 2011 : Joliette, L'Assomption et des Moulins.

Constats

La contribution des familles SIPPE à l'identification de leurs besoins et à l'action intersectorielle n'est pas effective dans Lanaudière. Ce constat est le même pour plusieurs des régions du Québec qui ne comptent aucun mécanisme de participation, régulière ou occasionnelle, des familles à l'action intersectorielle (Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2010).

Selon le Cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004), cette contribution des familles SIPPE est souhaitable pour améliorer le processus de l'action intersectorielle et rendre les actions qui en découlent plus efficaces et mieux orientées vers les réels besoins des familles. Pour cette raison, le Comité-conseil post-chantiers sur les SIPPE recommande de favoriser la participation des familles dans le SCEF (Therrien et coll., 2011).

Il importe toutefois de le faire selon des modalités appropriées, concrètes et significatives pour ces familles, c'est-à-dire qui dépassent la simple consultation de leurs besoins et qui évitent de les placer dans une forme de participation symbolique, notamment à l'action intersectorielle (Côté, 2008). Il serait donc opportun de réfléchir, localement ou régionalement, à des modalités utiles et significatives qui permettent :

- d'identifier les besoins des familles de leur point de vue, et si possible, de façon continue;
- de les impliquer dans le monitoring du programme en évaluant leur satisfaction à l'égard des SIPPE (Commissaire à la santé et au bien-être, 2011a);
- de faire participer les familles à la recherche, à la mise en place et au suivi des moyens venant les soutenir dans leur communauté.

Cependant, la consultation et l'implication de celles-ci comportent des défis importants. Selon l'étude participative de René, Laurin et Dallaire (2009) menée auprès de familles vivant en contexte de pauvreté de Montréal, cette démarche auprès des familles vulnérables doit :

- partir du postulat que les familles sont les mieux placées pour parler de leur réalité ;
- créer un espace de discussion et de réflexion significatif;
- reposer sur un climat de confiance favorisant le partage, la solidarité entre les familles et l'émergence d'une vision de leur réalité;
- prendre le temps et les énergies nécessaires pour « stimuler la participation sociale et l'action citoyenne » (p. 58);
- reconnaître et faire sentir aux parents qu'ils sont compétents pour élaborer des solutions à leurs difficultés et les mettre en place.

Un projet de recherche-action en cours à la DSP de Lanaudière est une première initiative en ce sens. Ce projet a notamment pour objectif de questionner les familles lanaudoises sur leurs besoins et leurs perceptions de l'offre de service en lien avec le développement de leur enfant. Bien que les familles ciblées dans les SIPPE ne soient pas les seules à être questionnées, leurs points de vue seront considérés (Richard, 2012).

Les constats de cette recherche-action, combinés à une réelle participation et implication des familles, constituent un pas dans cette direction.

3.5 Aperçu des activités offertes

Depuis 2003-2004, plusieurs activités, projets et services ont été réalisés dans la région à partir d'allocations dédiées aux CSSS pour la création d'environnements favorables dans le cadre des SIPPE. Une analyse des bilans annuels des CSSS sur la composante SCEF permet d'identifier à quel(s) besoin(s) des familles ces activités sont liées. Le tableau suivant témoigne de l'objet des activités, par territoire de MRC.

Tableau 4
Objet des activités et des projets développés dans le cadre de la composante « Soutien à la création d'environnements favorables » des SIPPE, par territoire de MRC, 2003 à 2011

Objets ¹¹	CSSSNL				CSSSSL	
	Joliette	D'Autray	Montcalm	Matawinie	Les Moulins	L'Assomption
Aide et entraide alimentaires	■	■	■	■	■	■
Allaitement maternel			■	■		
Communications					■	
Développement de l'enfant	■		■		■	
Éducation et scolarité	■				■	
Emploi	■					
Gardiennage	■	■	■	■	■	■
Répit	■		■			
Revenu		■		■		
Soutien matériel			■			
Soutien parental	■	■	■	■	■	■
Transport	■		■			■

La clientèle ciblée est différente d'un projet à l'autre. Certains de ces projets s'adressent à l'ensemble des familles sur un territoire donné, d'autres s'adressent aux familles vulnérables tandis que d'autres sont spécifiques aux familles suivies dans les SIPPE.

Alors que certains projets se réalisent à partir d'allocations budgétaires, pour d'autres initiatives un financement supplémentaire n'est pas nécessaire (ex. : arrimage de services, collaborations entre organismes, réorganisation de services, etc.). Lorsque des allocations budgétaires sont octroyées, elles varient entre 500 \$ et 24 000 \$. Il est à noter que ces allocations budgétaires sont toutes accordées à des organismes communautaires de la région.

¹¹ Les objets des activités et des projets sont issus et adaptés d'une compilation régionale des analyses locales des tables de concertation en petite enfance de la Montérégie (Martel, 2007).

Constats

L'orientation des projets et des activités est variée. Les objets les plus fréquents sont l'aide et l'entraide alimentaires, le soutien parental et le gardiennage. Ils sont réalisés à partir d'un financement très variable, toujours alloué à des organismes communautaires. Dans certains cas, un financement substantiel attribué à un seul projet et à un seul organisme soulève deux enjeux potentiels : il limite la possibilité de financer d'autres projets et, si le financement cesse, cela peut mettre en péril la survie de l'organisme si son financement global est peu élevé.

À l'instar d'autres régions du Québec telles la Capitale-Nationale (Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, 2007) et Montréal (Walz, 2012), il n'y a pas de lignes directrices régionales sur la composante SCEF des SIPPE. Ce sont celles du Cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004) qui guident le SCEF. Ces lignes directrices des autres régions donnent des balises sur les mécanismes d'analyse de besoins, de participation et de mobilisation des familles; l'identification, l'élaboration et la réalisation des projets; l'attribution des allocations budgétaires associées (ex. : critères de sélection des projets, orientation du financement, etc.), et les mécanismes d'entente et de suivi, etc.

Des lignes directrices régionales seraient utiles pour soutenir l'actualisation du SCEF des SIPPE. Le défi est d'élaborer des lignes directrices qui assurent une certaine efficacité des actions, sans être prescriptives et étroites afin de respecter les couleurs propres des communautés locales et de ne pas freiner le dynamisme et l'innovation de celles-ci (Côté, 2008).

Ces lignes directrices devraient globalement reposer sur :

- l'importance de l'action intersectorielle pour contribuer à l'amélioration des conditions de vie des familles et à la réduction des inégalités sociales et de santé (ex. : scolarisation, emploi, logement, transport, sécurité alimentaire, loisirs, accès à des services éducatifs, répit-gardiennage, etc.);
- une meilleure identification des besoins des familles SIPPE;
- l'identification commune et adéquate d'objectifs clairs et de moyens pour y répondre;
- une intensité et une continuité des actions déployées, notamment par un financement adéquat;
- des mécanismes de suivi et rigoureux des projets d'évaluation (ex. : participation et appréciation des familles).

3.6 Lien entre la création d'environnements favorables et l'accompagnement des familles

Pour bien assurer un lien entre les deux composantes des SIPPE, il est nécessaire que les membres de l'équipe interdisciplinaire :

- connaissent les ressources de la communauté;
- transmettent leurs perceptions des besoins des familles vulnérables aux mécanismes de concertation intersectorielle ou, à tout le moins, à l'organisatrice communautaire impliquée;
- participent aux structures de concertation intersectorielle.

Dans les deux CSSS de Lanaudière, les deux premiers rôles sont bien assumés par les intervenants SIPPE. Par ailleurs, les organisatrices communautaires affectées aux SIPPE, ou aux familles ayant des enfants de moins de cinq ans, participent de façon sporadique aux rencontres d'équipes interdisciplinaires des intervenants SIPPE. Lors de ces présences, cela leur permet de prendre connaissance des réalités des familles suivies dans les SIPPE et, ensuite, de mettre de l'avant les besoins des familles dans les structures de concertation intersectorielle, s'il y a lieu.

Constats

Dans les CSSS de Lanaudière, des liens sont créés entre les deux composantes des SIPPE même s'ils ne sont pas formels et réguliers.

Tel que le recommande le Cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004), des liens entre les composantes « Accompagnement des familles » et « Soutien à la création d'environnements favorables » sont nécessaires pour optimiser les actions déployées dans le cadre de la création d'environnements favorables. Le Comité-conseil post-chantiers sur les SIPPE (Therrien et coll., 2011) recommande la participation, permanente ou sporadique, d'un professionnel (ex. : organisatrice communautaire, agent pivot, accompagnateur) de l'action communautaire avec l'équipe interdisciplinaire des SIPPE.

Toutefois, des liens entre les deux composantes des SIPPE devraient aller bien au-delà de la participation d'un professionnel à l'équipe interdisciplinaire. Pour être optimaux, ces liens devraient se soucier de la fluidité et de la cohérence des interventions et des services destinés aux familles SIPPE et offerts par le CSSS, les autres organismes et les établissements de la communauté locale.

Il serait donc opportun d'identifier les façons de renforcer davantage les liens entre les deux composantes des SIPPE, et ce, au profit d'une meilleure identification des besoins des familles et d'une réponse appropriée à ceux-ci.

3.7 Liens avec d'autres stratégies intersectorielles

La démarche d'action intersectorielle proposée dans les SIPPE, ainsi que le financement qui y est rattaché, n'est pas sans lien avec d'autres stratégies intersectorielles locales et régionales, notamment en santé publique. Faire appel à une démarche et à une mobilisation intersectorielles, à une analyse de besoins des familles et à l'élaboration d'interventions pour agir sur les déterminants de la santé en faveur du développement de l'enfant sont des éléments communs à d'autres stratégies.

Actuellement, peu de liens existent entre le volet SCEF des SIPPE et ces stratégies intersectorielles. Au plan régional, cela réfère :

- à la stratégie de développement des communautés en santé publique;
- au Comité régional sur le développement des jeunes enfants, lui-même chapeautant *l'Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants* (ICIDJE);
- aux orientations du Fonds pour le développement des jeunes enfants (en lien avec *Avenir d'enfants*);
- au mécanisme régional de *l'Alliance lanauoise pour la solidarité et l'inclusion sociale* dont le plan d'action touche directement les conditions de vie des familles vulnérables et le développement des jeunes enfants (ex. : logement, insertion professionnelle, sécurité alimentaire, etc.).

Au plan local, on peut penser, par exemple, aux comités locaux sur le développement social de chaque MRC et lieu de concertation en petite enfance.

Il est reconnu que ces différentes stratégies visent parfois les mêmes déterminants et que la collaboration est nécessaire pour assurer une meilleure réponse aux besoins des familles et une action plus efficace sur les déterminants de la santé.

Constats

Aux plans régional et local, des liens se créent actuellement entre la composante SCEF des SIPPE et les autres stratégies intersectorielles, locales ou régionales, en santé publique qui œuvrent sur les principaux déterminants de la santé.

La pertinence de ces arrimages est d'ailleurs annoncée dans le rapport post-chantiers sur les SIPPE (Therrien et coll., 2011). Ce dernier recommande en effet la création et le renforcement de ces liens entre les différentes instances au profit d'interventions intersectorielles concertées pour le développement des jeunes enfants.

4. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Les informations recueillies dans ce bilan permettent de faire des constats et d'émettre des recommandations afin d'optimiser les SIPPE dans la région de Lanaudière. Celles-ci serviront à élaborer ultérieurement un plan d'action identifiant les ajustements nécessaires pour optimiser les SIPPE, dans le contexte de la réalité lanaudoise et des recommandations provinciales émises par le Comité-conseil post-chantiers sur les SIPPE (Therrien et coll., 2011).

4.1 Concernant les familles visées et rejointes par les SIPPE

Constats

Une part des familles suivies dans les SIPPE vit des difficultés particulières (santé mentale, dépendances, négligence, violence, etc.), est immigrante ou autochtone. Ces clientèles imposent des défis particuliers dans l'intervention SIPPE.

Recommandations

- ⇒ Documenter, si nécessaire, les réalités vécues des familles à risque et en difficulté, notamment suivies dans les SIPPE dans les CSSS de Lanaudière, afin d'éclairer les réflexions sur l'offre de service à ces familles.
- ⇒ Développer, au sein de chacun des CSSS, des continuums et des trajectoires de services spécialisés (santé mentale, dépendances, violence, négligence, etc.) pour les familles SIPPE qui sont confrontées à des problématiques particulières, en situant les SIPPE dans l'axe préventif de ces continuums.
- ⇒ S'assurer de définir les services, les rôles et les responsabilités des différents acteurs de ces continuums de manière à répondre adéquatement, de façon continue et complémentaire, aux besoins de ces familles.
- ⇒ Identifier des stratégies permettant aux CSSS d'améliorer l'offre de service SIPPE en fonction des besoins particuliers des familles immigrantes, autochtones, voire réfugiées politiques (ex. : soutien clinique spécialisé, formations, avoir recours à des traducteurs, etc.), et ce, en continuité avec les autres services.

Constats

Recommandations

Environ 60 % des familles potentielles SIPPE ont été rejointes par les CSSS au cours des cinq dernières années. Selon le Plan stratégique du MSSS, cette proportion devrait s'élever à 80 % d'ici 2015. Puisque les CSSS n'ont pas de listes d'attente, cet écart ne s'explique pas par une incapacité des CSSS à inscrire de nouvelles familles, mais plutôt à les rejoindre.

Dès 2012-2013, le MSSS recommande (Therrien et coll., 2011) que la sélection des familles admises aux SIPPE se fasse à partir des critères de vulnérabilité retenus : la sous-scolarisation et le faible revenu. En complément à ces critères, d'autres facteurs pourront être pris en compte dans l'admission des familles tout en s'assurant que les SIPPE à vocation préventive soient la réponse appropriée à cette famille.

Pour rejoindre les familles potentielles, il existe des outils régionaux de promotion des SIPPE et des mécanismes de référence formels et informels au sein des CSSS. Toutefois, ils ne sont pas utilisés à leur plein potentiel. D'ailleurs, la proportion de familles rejointes **avant la 12^e semaine ou entre la 12^e et la 14^e semaine de grossesse**, soit plus de la moitié au CSSSSL (58 %) et un peu moins du tiers au CSSSNL (30 %), pourrait être augmentée.

⇒ Faire un rappel aux intervenantes des équipes interdisciplinaires d'indiquer, dans la Fiche périnatalité, si la mère est immigrante ou autochtone lors de leur saisie de données dans le système I-CLSC.

⇒ Évaluer, mettre en place et améliorer les moyens qui pourraient permettre aux CSSS de rejoindre une plus grande proportion de familles SIPPE, et ce, avant la 15^e semaine de grossesse :

- effectuer des démarches locales pour maximiser l'utilité des outils de promotion des SIPPE en assurant un approvisionnement régulier des outils aux sites concernés, par des rencontres régulières avec les partenaires et en améliorant les mécanismes d'utilisation des fiches de liaison prénatale;
- envisager, au besoin, l'utilisation systématique de l'avis de grossesse, tel que recommandé dans la *Politique de périnatalité 2008-2018* (Laverdière, Anctil et Renaud, 2008) et mis en œuvre dans différentes régions du Québec;
- s'inspirer des moyens développés par les autres régions du Québec qui rejoignent une plus grande proportion de leurs familles SIPPE;
- poursuivre le suivi et les réflexions régionales sur la façon d'utiliser les critères d'admissibilité et ses impacts sur la clientèle rejointe annuellement.

4.2 Concernant l'organisation et le travail des équipes

Constats

Les intervenantes œuvrant auprès des familles SIPPE sont regroupées en équipes dédiées dans les deux CSSS de Lanaudière.

Recommandations

⇒ Exercer, dans les CSSS, une vigilance quant aux enjeux potentiels, déjà identifiés ou qui seront vécus, de ce mode d'organisation privilégié, par exemple :

- assurer un meilleur arrimage entre les SIPPE et les services de prévention et promotion en périnatalité (ex. : rencontres prénatales, soutien à l'allaitement, etc.) puis les services du secteur JED 0-5 ans, notamment le programme d'intervention en négligence (PIN);
- assurer l'accès aux intervenants SIPPE, lorsque pertinent, aux formations en périnatalité;
- etc.

Les équipes SIPPE des deux CSSS de la région sont composées de différents types de professionnels. Cette diversité doit être préservée, voire consolidée, pour maintenir une réponse adaptée aux besoins complexes des familles.

⇒ Consolider les équipes interdisciplinaires dans les deux CSSS en ajoutant des ressources spécialisées et psychosociales.

Les équipes SIPPE des deux CSSS sont soutenues par des mécanismes de travail interdisciplinaire et de soutien clinique, bien que les modalités d'application et la fréquence des rencontres varient.

⇒ Considérant que le travail interdisciplinaire et le soutien clinique optimisent le travail de l'intervenante privilégiée en plus d'offrir une meilleure réponse aux besoins des familles :

- réaffirmer l'importance du maintien, voire de la consolidation, du soutien clinique pour les équipes SIPPE;
- fournir davantage de moyens et d'outils nécessaires aux CSSS, notamment inspirés et issus de l'expérience d'autres régions, pour effectuer le soutien clinique (ex. : formations, soutien régional, outils cliniques);

Constats

Recommandations

⇒

au plan local, envisager des modalités organisationnelles qui respectent davantage les besoins de partage, de communication et de cohésion facilitant l'efficacité et l'émergence d'une vision commune des SIPPE des équipes interdisciplinaires.

4.3 Concernant l'offre de service prénatale et postnatale

Constats

L'accompagnement individuel de la famille est principalement assuré par une intervenante privilégiée. La façon d'assigner l'intervenante privilégiée à une famille est toutefois un peu différente entre le CSSSNL et le CSSSSL.

⇒

Recommandations

Poursuivre et consolider l'accompagnement de la famille SIPPE par une intervenante privilégiée tout en assurant :

- une plus grande continuité possible;
- une meilleure correspondance entre l'orientation professionnelle de l'intervenante privilégiée et les besoins de la famille;
- le soutien d'une équipe interdisciplinaire;
- la collaboration avec l'intervenante spécialisée en fonction des besoins de la famille.

Constats

Il n'y a pas de lignes directrices régionales ou locales concernant l'utilisation d'un outil d'analyse de besoins répondant aux caractéristiques favorables de ce type d'outil :

- nécessite un engagement actif des parents dans l'évaluation de leurs besoins;
- permet une mise à jour périodique des besoins;
- peut être utilisée par tous les types de professionnels, etc.

Recommandations

- ⇒ Analyser, localement ou régionalement, les différents outils d'analyse de besoins disponibles dans les autres régions du Québec, notamment en utilisant la recension et l'analyse recommandée dans le rapport du Comité-conseil post-chantiers sur les SIPPE (Therrien et coll., 2011).
- ⇒ convenir de l'utilisation de l'un d'entre eux en fonction de sa correspondance aux critères recherchés. À cet effet, explorer la possibilité d'utilisation systématique des « grilles défis » proposées par le CSSS du Suroît.
- ⇒ Rétirer l'importance, au plan régional, de l'élaboration de plans d'intervention (PI) auprès des familles SIPPE.

En période prénatale, des rencontres individuelles sont offertes aux femmes enceintes suivies dans les SIPPE. À cela s'ajoutent parfois des rencontres de groupe. Une baisse de la fréquentation à ces rencontres de groupe est notée, ce qui remet en question la pertinence de ce type de rencontres.

- ⇒ En période prénatale :
 - maintenir et consolider l'offre de suivis individuels, particulièrement à domicile, aux familles SIPPE;
 - repositionner le contenu et les moyens de diffusion des informations prénatales, en complément aux suivis individuels.

En période postnatale 0-2 ans, des suivis individuels sont principalement offerts aux familles SIPPE. Des rencontres de groupe les complètent parfois.

- ⇒ En période postnatale 0-2 ans, maintenir et consolider :
 - l'offre de suivis individuels, particulièrement à domicile, aux familles SIPPE;
 - l'offre de rencontres de groupe, en complément aux suivis individuels.

Constats

En période postnatale 2-5 ans :

- des suivis individuels sont principalement offerts aux familles SIPPE;
- des interventions de groupe ne sont pas offertes systématiquement dans les CSSS, bien que du financement pour de telles interventions ait été octroyé en 2008-2009;
- l'accès à un programme éducatif, notamment par une place en services de garde, est limité pour les enfants SIPPE, et ce, pour différentes raisons et malgré l'existence de protocole d'entente CPE-CSSS;
- la diversité des modalités d'intervention, entre autres celles réalisées en service de garde, favoriserait la rétention des familles aux SIPPE;
- différents outils de mesure de développement de l'enfant sont utilisés dans la région, sans orientation régionale ou locale précise.

Recommandations

- ⇒ Redéfinir localement l'offre de service aux 2-5 ans en s'appuyant sur des orientations provinciales et régionales et en considérant :
- la poursuite de l'offre de suivis individuels;
 - l'importance de l'intervention directe auprès de l'enfant (ex. : service de garde) pour favoriser son développement;
 - l'utilisation appropriée d'un outil de mesure du développement de l'enfant notamment en s'appuyant sur l'avis de l'INSPQ à ce sujet (Beauregard, Comeau et Poissant, 2010a);
 - la diversification des modalités d'intervention (ex. : intervention de groupe parent-enfant, intervention éducative précoce, etc.).
- ⇒ Assurer ensuite la transmission de directives claires sur la façon de colliger ces interventions dans le système I-CLSC.

4.4 Concernant le suivi prénatal

Constats

L'intensité des visites à domicile en période prénatale n'atteint pas le seuil prescrit dans le Cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004). Cependant, en considérant l'ensemble des interventions prénatales, pour tous les lieux et les modes, le seuil est atteint, soit une fois aux deux semaines. En fait, les deux tiers des interventions individuelles prénatales se concrétisent en visites à domicile et l'autre tiers principalement par des interventions individuelles réalisées en CLSC.

Recommandations

- ⇒ Maintenir et consolider l'intensité des suivis individuels en période prénatale, lesquels se concrétisent principalement en visites au domicile des familles.

4.5 Concernant le suivi postnatal

Constats

Environ les deux tiers des interventions individuelles postnatales sont réalisées au domicile des familles. L'intensité de ces visites à domicile est en dessous du seuil ministériel requis. Par ailleurs, le bilan des chantiers SIPPE (Therrien et coll., 2011) privilégie la visite à domicile comme principale modalité d'intervention jusqu'aux deux ans de vie de l'enfant.

Recommandations

⇒ Assurer l'intensité requise des visites à domicile en période postnatale 0-2 ans, tout en maintenant le jugement clinique qui module l'intensité des suivis offerts au rythme et aux besoins des familles.

Près de la moitié des familles inscrites initialement ne sont plus suivies dans les SIPPE deux ans après leur inscription. À chaque année de suivi qui s'ajoute, la clientèle SIPPE est réduite de 50 % par rapport à l'année précédente. Le refus de participer aux SIPPE des familles est un important motif de cessation des suivis au CSSNL.

⇒ Considérer, dans la définition de l'offre de service aux familles dont l'enfant est âgé entre deux et cinq ans (voir section 4.3), les éléments qui favorisent la continuité des SIPPE au-delà de 2 ans et permettent l'atteinte des objectifs des SIPPE, soit :

- une solide relation de confiance avec l'intervenante privilégiée;
- une adéquation entre les services offerts aux CSSS, dans les organismes et établissements de la communauté et les besoins de la famille (meilleure évaluation de leurs besoins, modulation de l'intensité, interventions variées et centrées sur l'enfant et son développement, etc.);
- une intensité du suivi suffisante pour le maintien du lien privilégié et de la relation de confiance.

4.6 Concernant la composante « Soutien à la création d'environnements favorables »

Constats

Dans toutes les MRC, il existe des mécanismes d'action intersectorielle 0-5 ans, dans lesquels les besoins des familles SIPPE ne font pas spécifiquement l'objet de discussion. En sus, il existe un mécanisme d'action intersectorielle, spécifique aux SIPPE, dans la MRC des Moulins.

Recommandations

- ⇒ S'assurer que des mécanismes locaux, voire régionaux, de concertation intersectorielle, voie privilégiée pour l'actualisation du volet SCEF des SIPPE :
- soient effectifs, en tenant compte de la réalité de chaque milieu;
 - développent une vision commune des besoins des familles SIPPE (ex. : une analyse de besoins sur le territoire);
 - choisissent des orientations communes (ex. : élaboration conjointe d'un plan d'action, participation à la priorisation des projets, etc.);
 - réalisent, suivent et évaluent des projets en collaboration.

Dans chacune des MRC, des ressources en organisation communautaire sont affectées à la clientèle 0-5 ans, voire spécifiquement aux SIPPE dans le cas du CSSSSL.

Dans certains cas, la participation régulière ou sporadique d'une ressource en organisation communautaire aux rencontres de l'équipe interdisciplinaire est effective, et ce, au profit d'un meilleur lien entre l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnements favorables des SIPPE.

- ⇒ Réfléchir à la pertinence, à la nécessité et à l'applicabilité du recours à une ressource d'expertise dédiée aux SIPPE en CSSS (ex. : organisatrice communautaire, accompagnateur, agent pivot, etc.) pour :
- soutenir le processus d'action intersectorielle locale;
 - témoigner des réalités et des besoins des familles;
 - agir en concertation avec les ressources internes et externes du CLSC pour assurer une fluidité et une continuité des différents services offerts aux familles.

Constats

Dans les CSSS de Lanaudière, il y a peu de mécanismes décisionnels formels et de critères d'attribution des ressources financières dans le cadre de la composante SCEF des SIPPE, sauf dans la MRC des Moulins.

De plus, les projets qui en sont issus sont variés, réalisés à partir d'un financement très variable et dans certains cas peu substantiel. Ils reposent rarement sur une analyse de besoins des familles et font peu l'objet d'entente permettant d'encadrer ces projets (ex. : collaborations prévues, financement, suivis des projets, etc.).

Recommandations

⇒ Énoncer des lignes directrices régionales, qui respectent les couleurs locales, définissant les critères de financement des projets dans le cadre de la composante SCEF des SIPPE en vue d'une meilleure efficacité des projets qui y sont déployés. Ceux-ci devraient soutenir les CSSS en :

- affirmant l'importance de l'action intersectorielle comme voie privilégiée et ses conditions de réussite;
- clarifiant la nature des activités et des projets qui peuvent être mis en œuvre dans ce volet des SIPPE;
- recommandant des mécanismes pour recueillir et analyser les besoins spécifiques des familles SIPPE;
- proposant l'élaboration, la réalisation et le suivi d'un plan d'action ou de projets aux objectifs et aux résultats attendus clairs;
- recommandant un financement permettant d'assurer des projets suffisamment intenses, durables et continus.

Aucun mécanisme formel, local ou régional, n'est prévu dans Lanaudière pour que les familles énoncent leurs besoins, voire participent à la concertation intersectorielle et aux actions qui y sont associées.

⇒ Identifier, localement ou régionalement, des modalités utiles et significatives pour que les familles énoncent leurs besoins et, si possible, participent aux processus d'action intersectorielle et aux actions en découlant.

Aux plans régional et local, les liens se créent, mais sont insuffisants entre la composante SCEF des SIPPE et les autres stratégies intersectorielles en santé publique.

⇒ Permettre un meilleur arrimage entre la composante SCEF des SIPPE et les différentes stratégies intersectorielles, régionales ou locales, liées par des objectifs communs (ex. : développement des jeunes enfants, conditions de vie des familles, etc.).

CONCLUSION

Ce bilan dépeint l'état de situation actuel de l'implantation des SIPPE dans la région de Lanaudière. Il a mis en évidence les acquis et les éléments à consolider ou à développer dans les deux composantes des SIPPE, soient l'accompagnement des familles et le soutien à la création d'environnements favorables.

Précisément, il démontre que, pour optimiser les SIPPE dans Lanaudière, il sera nécessaire :

- de rejoindre davantage, et le plus précocement possible, les familles admissibles aux SIPPE sur la base des critères de vulnérabilité reconnus;
- de réviser l'offre de service aux familles vivant des réalités ou difficultés particulières et celles ayant un enfant âgé de deux à cinq ans, en mettant notamment l'accès sur le développement optimal de l'enfant et sur l'objectif préventif des SIPPE;
- de soutenir la diversité des professionnelles qui composent les équipes interdisciplinaires et toute action qui supporte leur travail auprès des familles et le lien privilégié qu'elles entretiennent avec elles (ex. : soutien et supervision cliniques, travail interdisciplinaire, application de la notion d'intervenante privilégiée, identification et utilisation d'outils appropriés, formations pertinentes et appliquées, etc.);
- d'assurer l'intensité des suivis individuels, particulièrement par les visites à domicile au cours de la période prénatale jusqu'aux deux ans de vie de l'enfant et par des modalités diversifiées lorsque l'enfant est âgé entre deux et cinq ans;
- d'assurer la poursuite de l'accompagnement jusqu'à l'entrée à l'école de l'enfant, la période de deux à cinq ans posant particulièrement des défis;
- d'assurer des travaux régionaux permettant une utilisation plus efficace, et plus adaptée aux réalités locales des RLS et des familles SIPPE, des ressources affectées au soutien à la création d'environnements favorables (ex. : action intersectorielle, analyse de besoins et participation des familles, processus plus rigoureux d'encadrement des projets financés, etc.);
- faciliter un meilleur arrimage entre le soutien à la création d'environnements favorables des SIPPE et les autres stratégies intersectorielles, régionales ou locales, dont l'action se centre sur des déterminants communs.

Pour y parvenir, ce bilan servira éventuellement à la rédaction d'un plan d'action conjoint entre la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière et les deux CSSS de Lanaudière. Ce plan d'action devra identifier les moyens et les échéanciers permettant d'actualiser les recommandations retenues.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE (2010). *Rapport du chantier 4 sur le déploiement du soutien à la création d'environnements favorables*. Schéma MindManager. Québec, Direction régionale de la santé publique de la Capitale-Nationale. Document déposé à la Rencontre provinciale des répondants SIPPE des 4 et 5 mars 2010.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (2009). *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012*, sous la direction de Laurent Marcoux, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 234 p.

ARAMA, D. et L. BORDELEAU (2005). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Recommandations du Comité de réflexion sur la notion d'intervenante privilégiée*. Longueuil, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, 10 p. + annexes.

BARBEAU, M. et C. CLOUTIER (2008). *Cartes postales prénatales pour les futurs parents suivis dans les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : de la 8^e à la 36^e semaine de grossesse*, Joliette, CLSC de Joliette, Centre de santé et de services sociaux de Joliette, produit par l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, 8 cartes postales.

BEAUREGARD, D., BORDELEAU, L., DESJARDINS, N. et J. POISSANT (2009). *Favoriser le développement des enfants âgés de 1 à 5 ans. Guide d'intervention pour soutenir les pratiques parentales. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 275 p.

BEAUREGARD, D., CHAN, A. et L. COMEAU (2010). *Avis scientifique sur la rétention des clientèles des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Développement des individus et des communautés, en ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1142_RetentionClientelesSIPPE.pdf. Page consultée le 26 janvier 2012.

BEAUREGARD, D., COMEAU, L. et J. POISSANT (2010). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Développement des individus et des communautés, en ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1141_EfficaciteInterventionsSIPPE.pdf. Page consultée le 26 janvier 2012.

BEAUREGARD, D., COMEAU, L. et J. POISSANT (2010a). *Avis scientifique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Développement des individus et des communautés, en ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1143_ChoixOutilMesureDevEnfantsSIPPE.pdf. Page consultée le 3 février 2012.

BORDELEAU, L. en collaboration avec le Comité avisier ad hoc pour la supervision clinique et la formation (2006). *Orientations régionales pour la supervision clinique. Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE)*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, 6 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2011). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. L'appréciation globale et intégrée de la performance : analyse des indicateurs de monitoring*. Québec, Gouvernement du Québec, 198 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2011). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2011, Pour une vision à long terme en périnatalité et en petite enfance : enjeux et recommandations*. Québec, Gouvernement du Québec, 308 p.

CÔTÉ, N. (2008). *Une expérience d'approche participative dans les SIPPE : le comité de ressources pour les jeunes familles de la MRC Les Moulins*, Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière, Terrebonne, 8 p.

DESJARDINS, N., DUMONT, J., LAVERDURE, J. et J. POISSANT (2005). *L'attachement au cœur du développement du nourrisson. Guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 177 p.

DESROCHERS, M. et I. CLAPPERTON, en collaboration avec le Comité de monitoring des SIPPE (2007). *Pour optimiser la composante accompagnement des familles des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Réponses aux préoccupations des intervenantes et gestionnaires œuvrant à l'implantation des SIPPE. Rapport synthèse*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, en ligne : <http://collections.banq.gc.ca/ark:/52327/bs65838>. Page consultée le 13 juillet 2011.

DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET D'ÉVALUATION (2003). *Aide-mémoire pour faire la promotion du matériel, des équipements et des accessoires pour prévenir les traumatismes non intentionnels chez les moins de 15 ans*. St-Charles-Borromée, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 1 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Québec, Direction des communications, 103 p.

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

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA CAPITALE-NATIONALE ET ORGANISATEURS COMMUNAUTAIRES DES CSSS (2007). *Mise à jour du guide de financement 2007-2008. Composante Soutien à la création d'environnements favorables des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 11 p.

GARAND, C. (2012). *Prêt-à-emporter : RLS de Lanaudière-Nord*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, mise à jour, 60 p.

GARAND, C. (2012a). *Prêt-à-emporter : RLS de Lanaudière-Sud*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, mise à jour, 60 p.

GUILLEMETTE, A., BADLISSI, D., CARON, N. (coll.), CORRIVEAU, A. (coll.), HAMELIN, É. (coll.), MATTAWA, M-C. (coll.) et L. PÉRIGNY (coll). (2004). *Enquête sur les besoins en services prénatals des femmes de la communauté atikamekw de Manawan*, Saint-Charles-Borromée, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 93 p.

GUILLEMETTE, A., SIMONEAU, M-E., et J. PAYETTE (2010). *Localiser la défavorisation - Mieux connaître son milieu. Territoire de référence RLS de Lanaudière-Nord 2006*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 24 pages et Atlas cartographique.

HAMZA, O., BOSSÉ, M-A. (coll.), BADLISSI, D. (coll.), DUBÉ, M. (coll.) et D.MOROTTI (coll.) (2008). *Regroupement de propositions d'interventions et d'outils pour les suivis individuels de la grossesse jusqu'aux 24 mois de vie de l'enfant dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, en collaboration avec le Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière et le Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière, Joliette, 210 p.

LAVERDIÈRE, F. ANCTIL, H. et M. RENAUD (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018. Un projet porteur de vie*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 164 p.

LAZARIU-BAUER, V., STRATTON, H., PRUZEK, R. et M.L. WOELFEL (2004). A comparative analysis of effects of early versus late prenatal WIC participation on birth weight : NYS, 1995. *Maternal and child health*, 8(2), p. 77-86.

LEFRANÇOIS, B., DUCHARME, C. et A. GODBOUT (2011). *Agent de liaison auprès des équipes de 1^{ère} ligne en périnatalité des CSSS de Lanaudière*. Présentation PowerPoint dans le cadre de la Journée d'échanges sur le déploiement de l'offre de service en dépendances-novembre 2011. Centre de réadaptation en dépendances Le Tremplin, CSSS du Nord de Lanaudière et CSSS du Sud de Lanaudière, 14 diapositives.

LÉVESQUE, S. et A. CHAN (2011). Création du portail d'information prénatale. Portait d'une démarche concertée. *Le Périscoop*, vol. 16, no. 2, p. 22-24.

MARTEL, D. (2007). *Analyses du milieu et des besoins des familles. Compilation régionale*. Faits saillants en santé publique, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, 12 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Résultats de la consultation régionale sur les contributions et limites des SIPPE, l'interprétation des résultats SIPPE issus du I-CLSC et les trajectoires de services*. Présentation à la rencontre nationale des répondants régionaux SIPPE, 4 et 5 mars 2010, Québec, 22 diapositives.

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ), en collaboration avec le MSSS. (2012). *Extrants annuels statutaires sur les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance pour le Québec, ses régions et ses territoires locaux*. Années 2006-2007 à 2011-2012. Banque provinciale I-CLSC, Québec, Direction de l'analyse et de la gestion de l'information.

RENÉ, J-F., I. LAURIN et N.DALLAIRE (2009). Faire émerger le savoir d'expérience de parents pauvres : forces et limites d'une recherche participative. *Recherches qualitatives*, 28(3), p. 40-63.

RICHARD, C. (2012). *Besoins des familles lanaudoises en regard du développement de l'enfant. Proposition pour une recherche-action sur la maturité scolaire*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, 10 p.

SIMONEAU, M-E, GUILLEMETTE, A. et J. PAYETTE (2010). *Localiser la défavorisation - Mieux connaître son milieu. Territoire de référence RLS de Lanaudière-Sud 2006*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 24 pages et Atlas cartographique.

THERRIEN, L. et coll. (2011). *Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Rapport du Comité conseil post-chantiers sur les SIPPE déposé au Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Direction des communications, 29 p.

THERRIEN, L., APRIL, L. et M-J LAROCHELLE (2011). *Plan de travail ministériel 2011-2013 sur l'optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des services sociaux et Direction générale de la santé publique, 8 p.

WALZ, L. (2012). *Guide régional de soutien à la création d'environnements favorables du programme SIPPE*. Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, Secteurs Tout-petits – Jeunes, 31 p.

Annexe A : Sommaire du financement SIPPE

Synthèse des allocations budgétaires¹² récurrentes octroyées, par année financière et selon les volets, dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE), CLSC, CSSS et Lanaudière, années financières 1998-1999 à 2008-2009

LÉGENDE :

■ Volet « Accompagnement des familles » (AF) ■ Volet « Autres » NEGS = Naître égaux - Grandir en santé (pour les familles dont la mère a 20 ans et plus, est sous-scolarisée et vit en contexte de pauvreté)
 ■ Volet « Soutien à la création d'environnements favorables » (SCEF) ■ Total PSJP = Programme de soutien aux jeunes parents (pour les familles dont la mère a moins de 20 ans)

	Année financière de développement budgétaire												TOTAL			
	1998-1999	2000-2001			2003-2004 ¹³				2004-2005	2005-2006	2007-2008 ¹⁴	2008-2009 ¹⁵				
	NEGS	NEGS	NEGS	NEGS	PSJP	PSJP	PSJP	PSJP	NEGS	SIPPE	SIPPE	SIPPE				
	AF	AF	SCEF ¹⁶	Total	AF	SCEF	Autres ¹⁷	Total	AF ¹⁸	AF	AF ¹⁹	AF ²⁰	AF	SCEF	Autres	Total
A	B	C	A+B+C = D	E	F	G	E+F+G = H	I	J	K	L	A+B+E+I+J+K+L	C+F	G		
Lamater	55 000 \$	34 870 \$	21 500 \$	56 370 \$	146 729 \$	51 271 \$	22 807 \$	220 807 \$	43 740 \$	36 000 \$ ²¹	32 500 \$	53 000 \$	401 839 \$	72 771 \$	22 807 \$	497 417 \$
Meilleur	55 000 \$	23 246 \$	21 500 \$	44 746 \$	125 768 \$	40 732 \$	19 299 \$	185 799 \$	37 260 \$		32 500 \$	53 000 \$	326 774 \$	62 232 \$	19 299 \$	408 305 \$
CSSS Sud											65 000 \$	106 000 \$	728 613 \$	135 003 \$	42 106 \$	905 722 \$
Joliette	55 000 \$	34 870 \$	21 500 \$	56 370 \$	100 615 \$	34 385 \$	15 790 \$	150 790 \$	43 740 \$	39 959 \$ ²²	16 250 \$	26 500 \$	316 934 \$	55 885 \$	15 790 \$	388 609 \$
D'Autray	55 000 \$	23 246 \$	21 500 \$	44 746 \$	67 076 \$	22 924 \$	10 527 \$	100 527 \$	37 260 \$		16 250 \$	26 500 \$	225 332 \$	44 424 \$	10 527 \$	280 283 \$
Montcalm	55 000 \$	34 870 \$	21 500 \$	56 370 \$	67 076 \$	22 924 \$	10 527 \$	100 527 \$	43 740 \$		16 250 \$	26 500 \$	243 436 \$	44 424 \$	10 527 \$	298 387 \$
Matawinie	55 000 \$	23 246 \$	21 500 \$	44 746 \$	54 499 \$	17 501 \$	8 772 \$	80 772 \$	37 260 \$		16 250 \$	26 500 \$	212 755 \$	39 001 \$	8 772 \$	260 528 \$
CSSS Nord											65 000 \$	106 000 \$	998 457 \$	183 734 \$	45 616 \$	1 227 807 \$
TOTAL	330 000 \$	174 348 \$	129 000 \$	303 348 \$	561 763 \$	189 737 \$	87 722 \$	839 222 \$	243 000 \$	75 959 \$	130 000 \$	212 000 \$	1 727 070 \$	318 737 \$	87 722 \$	2 133 529 \$

¹² Les montants indiqués correspondent à l'allocation réellement donnée lors de l'année financière. En d'autres termes, ils n'ont pas été indexés dans le tableau. À titre informatif, entre 2004 et 2009, ces montants ont subi une indexation annuelle variant de 1 à 2,7 %.

¹³ La première année de financement du PSJP était en 2002-2003. À ce moment, le CLSC Lamater, pilote pour le PSJP, a reçu une allocation budgétaire correspondant au 7/12 du montant de 2003-2004 alors que les cinq autres CLSC ont reçu une allocation équivalant à 3/12 du montant de l'année 2003-2004. L'année 2003-2004 est la première année complète du financement.

¹⁴ L'allocation budgétaire fût donnée globalement, par CSSS. Aux fins de calculs de la section « TOTAL » du tableau, il a été présumé que chaque CLSC a reçu le montant en parts égales.

¹⁵ L'allocation budgétaire fût donnée globalement, par CSSS. Aux fins de calculs de la section « TOTAL » du tableau, il a été présumé que chaque CLSC a reçu le montant en parts égales.

¹⁶ Dans cette allocation, il fût précisé de réserver un montant de 16 500 \$ par CLSC pour engager une organisatrice communautaire afin de favoriser la mise sur pied d'une table intersectorielle 0-5 ans. De plus, un montant de 5 000 \$ devait être réservé pour des projets intersectoriels issus de cette table.

¹⁷ Ce budget avait été octroyé pour une ou les utilisations suivantes : embauche d'une ressource professionnelle spécialisée (exemple : nutritionniste), achats d'équipements de sécurité à domicile (bilan annuel requis), achat de matériel de promotion des comportements sexuels sécuritaires, formations en périnatalité.

¹⁸ Ce développement budgétaire visait, à partir du nouveau Cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2004), à offrir aux familles NEGS la nouvelle intensité de suivis individuels prescrite, supérieure à ce qui avait été financé par le passé.

¹⁹ Ce développement budgétaire visait le développement de services, dans le volet « accompagnement des familles », auprès de 80 enfants âgés de 2 à 3 ans.

²⁰ Ce développement budgétaire visait la consolidation des services auprès des enfants 2 à 3 ans (40 enfants de plus, pour un total de 120 enfants entre 2 et 3 ans) et le développement des services auprès des enfants âgés entre 3 et 4 ans (70 nouveaux enfants).

²¹ Dans le cadre du volet « Extrême pauvreté » des SIPPE (femmes âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant en contexte de pauvreté), le CLSC Lamater a reçu un développement budgétaire pour rejoindre 9 nouvelles familles par année. C'est ce CLSC qui a fait l'objet d'un développement budgétaire puisqu'avec le financement antérieurement octroyé, il rejoignait la plus faible proportion de familles potentielles de la région de Lanaudière.

²² Cette allocation est attribuée pour dispenser des services aux femmes enceintes et aux nouvelles mères *attikameks* accouchant au CHRDL, lors de leur séjour à Joliette.

Annexe B :

Interventions de groupe prénatales et postnatales offertes aux familles SIPPE dans les CSSS de Lanaudière

Nom	Description du groupe	Clientèle cible	Organismes impliqués
CSSS du Sud de Lanaudière			
Rencontres de groupe prénatales	Série de sept rencontres qui abordent les thèmes suivants : le développement du fœtus et l'alimentation pendant la grossesse, les aspects économiques reliés à l'arrivée du bébé, le travail et l'accouchement, les soins à apporter au bébé et l'adaptation, personnelle, conjugale et familiale, à l'arrivée du bébé.	Futures mères inscrites dans OLO et les SIPPE	CSSS du Sud de Lanaudière CLSC Lamater CLSC Meilleur
Les p'tits rigolos	Série de 7 rencontres où sont abordés : tempérament de l'enfant, la routine du coucher, l'alimentation, le développement de l'enfant, l'éveil et la stimulation, le développement du langage ainsi que l'éveil à la lecture.	Familles SIPPE, OLO et JED dont l'enfant est âgé de 6 à 12 mois	CSSS du Sud de Lanaudière CLSC Lamater CLSC Meilleur
Ateliers mère-enfant 2-3 ans	Ateliers visant à stimuler le jeu avec son enfant et à passer du temps de qualité avec lui.	Familles SIPPE dont l'enfant est âgé entre 2 et 3 ans	MRC Les Moulins Carrefour familial des Moulins
Ateliers de stimulation précoce mère-enfant 12-24 mois	Ateliers de stimulation précoces mère-enfant 12-18 et 12-24 mois	Familles SIPPE-JED ayant des enfants âgés entre 12 et 24 mois	CSSS du Sud et organisme communautaire M.O.M.S MRC Les Moulins <ul style="list-style-type: none"> Animés conjointement par une intervenante de MOMS et du CLSC MRC L'Assomption <ul style="list-style-type: none"> Animé par le CLSC

Nom	Description du groupe	Clientèle cible	Organismes impliqués
CSSS du Nord de Lanaudière			
Ateliers de stimulation précoce mère-enfant 6-24 mois	<ul style="list-style-type: none"> Ateliers de stimulation précoces mère-enfant 6-12 mois, 12-18 mois et 18-24 mois 	Familles SIPPE-JED ayant des enfants âgés entre 6 et 24 mois	<p>CSSS du Nord, organismes communautaires Famille MRC Joliette, D'Au-ray et Matawinie</p> <ul style="list-style-type: none"> Les ateliers sont offerts par territoire de MRC et sont animés au CLSC ou dans les locaux d'un organisme communautaire <p>MRC Montcalm</p> <ul style="list-style-type: none"> Les ateliers sont organisés par le Carrefour Famille Montcalm et, au besoin, avec les intervenants du CLSC
Ateliers de cuisine collective	<ul style="list-style-type: none"> Ateliers de cuisine collective pour apprendre à bien s'alimenter, cuisiner et le faire à moindre coût Ateliers sur la préparation de purées 	Familles SIPPE-JED et OLO	<p>CSSS du Nord</p> <p>Organismes communautaires Famille</p>
Amis amitié	<ul style="list-style-type: none"> Groupe visant le développement des habiletés sociales et personnelles des parents d'enfants de 0-5 ans 	Familles SIPPE et JED	CLSC, en collaboration avec la maison de la famille Parent-Aise