

Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse



*Mémoire des directrices et directeurs régionaux
de santé publique du Québec*

Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse

Mémoire des directrices et directeurs régionaux de santé publique du Québec

1301, rue Sherbrooke Est

Montréal (Québec) H2L 1M3

Téléphone : 514 528-2400

Site web : <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/la-directrice/avis-et-memoires/memoires/>

Sous la direction de :

Myliène Drouin, *directrice régionale de santé publique de Montréal*

Sylvain Leduc, *directeur régional de santé publique du Bas-Saint-Laurent*

Coordination

Suzanne De Blois, *médecin-conseil*

Direction régionale de santé publique de Montréal

Rédaction

Suzanne De Blois, *médecin-conseil*

Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Julie Laforest, *conseillère scientifique*

Institut national de santé publique du Québec

Mathieu Masse-Jolicoeur, *agent de planification, programmation et recherche*

Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Comité de travail

Louise Bourassa, *chef de service*

Direction de santé publique, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Irma Clapperton, *médecin-conseil*

Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie

Caroline Duval, *agente de planification, de programmation et de recherche*

Direction de santé publique, CISSS de la Gaspésie

Julie Fortier, *agente de planification, de programmation et de recherche*

Direction de santé publique, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier les personnes ayant accepté de partager leur temps et leur expertise avec l'équipe de rédaction. Leurs précieux conseils et leur révision des différentes versions du document ont contribué à bonifier ce mémoire.

Révision

Monique Messier

Mise en page

Lucie Roy-Mustillo

© Gouvernement du Québec, 2019

ISBN 978-2-550-85427-2 (En ligne)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

MOT DES DIRECTRICES ET DES DIRECTEURS

Les expériences vécues dès la petite enfance déterminent largement la santé des individus et peuvent avoir un impact tout au cours d'une vie. Ce constat, déjà fait en 1991 dans le rapport *Un Québec fou de ses enfants*, milite encore en faveur de replacer les enfants au centre de la vie collective. Il devient impératif d'avoir des propositions ambitieuses visant la prévention des difficultés vécues par les enfants du Québec, dont la maltraitance est le plus dramatique témoignage.

Les événements tragiques qui ont mené à la mise en place de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse exigent de renforcer nos efforts en prévention, afin de réduire le plus possible l'exposition des enfants à des conditions de vie et des circonstances de vulnérabilité qui peuvent augmenter le risque de maltraitance.

Certains contextes familiaux sont particulièrement difficiles. Ne pas compter sur un revenu familial suffisant, vivre dans un logement insalubre, n'avoir aucun soutien social, ni de relations stables sont autant de facteurs qui représentent un risque de maltraitance et qui créent un contexte défavorable au développement du plein potentiel des enfants. Trop d'enfants vivent au sein de familles qui font face à des conditions de vie difficiles ou stressantes. La nature sociale de la maltraitance appelle ainsi à nos yeux à des politiques publiques favorables aux familles, visant avant tout la réduction des difficultés éprouvées par les parents et l'amélioration des conditions de vie des familles.

Compte tenu du mandat de la Commission, nous avons choisi d'axer notre mémoire sur les actions les plus directement liées à la prévention de la maltraitance en privilégiant le soutien aux parents et la création d'environnements et de politiques favorables au développement des enfants. Dans ces domaines, des solutions existent et des gains sont encore possibles. Certaines mesures de prévention déjà en place méritent d'être renforcées, d'autres restent à développer.

En raison de sa présence dans la population et des immenses conséquences à court, moyen et long terme sur la santé des enfants, la maltraitance doit être considérée comme un problème de santé publique.

Par ce mémoire, les directrices et directeurs régionaux de santé publique souhaitent donc témoigner de leur engagement envers les tout-petits, de l'importance qu'ils accordent à la prévention de la maltraitance et attirer l'attention des commissaires sur des cibles précises d'actions qui exigent des investissements importants.

Les directrices et directeurs régionaux de santé publique :



M. Sylvain Leduc, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de services
sociaux du Bas-Saint-Laurent (01)



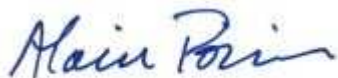
M. Donald Aubin, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean
(02)



M. François Desbiens, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et
de services sociaux de la Capitale-
Nationale (03)



Mme Marie-Josée Godi, M.D.
Directrice de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-
du-Québec (04)



M. Alain Poirier, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et
de services sociaux de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire de Sherbrooke
(05)



Mme Mylène Drouin, M.D.
Directrice de santé publique
Centre intégré universitaire de santé et de
services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-
Montréal (06)



M. Stéphane Trépanier, M.D.
Coordonnateur médical
Centre intégré de santé et de services
sociaux de l'Outaouais (07)



Mme Lyse Landry, M.D.
Directrice de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux
de l'Abitibi-Témiscamingue (08)



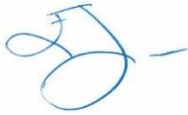
M. Donald Aubin, M.D.
Directeur de santé publique par intérim
Centre intégré de santé et de services
sociaux de la Côte-Nord (09)



M. Yv Bonnier-Viger, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de services
sociaux de la Gaspésie (11)



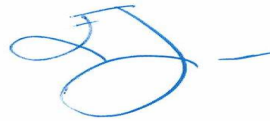
M. Jean-Pierre Trépanier, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de services
sociaux de Laval (13)



M. Éric Goyer, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de services
sociaux des Laurentides (15)



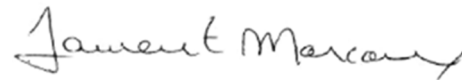
Mme Marie Rochette, M.D.
Directrice de santé publique
Régie régionale de la santé et des
Services sociaux du Nunavik (17)



M. Éric Goyer, M.D.
Directeur de santé publique
Centre régional de santé et des services
sociaux de la Baie-James (10)



M. Philippe Lessard, M.D.
Directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux
de Chaudière-Appalaches (12)



M. Laurent Marcoux, M.D.
Directeur de santé publique par intérim
Centre intégré de santé et de services sociaux
de Lanaudière (14)



M. Mathieu Lanthier-Veilleux, M.D.
Directeur de santé publique par intérim
Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Centre (16)



Mme Faisca Richer, M.D.
Directrice de santé publique
Conseil Cri de la santé et des services sociaux
de la Baie-James (18)

RÉSUMÉ ET RECOMMANDATIONS

Les événements récents et la hausse des signalements nous obligent à intensifier nos efforts en prévention. Trop d'enfants vivent au sein de familles qui cumulent des conditions de vie et des circonstances de vulnérabilité qui peuvent augmenter le risque de maltraitance. L'exposition à des comportements violents qui fait partie du vécu de nombreux enfants au Québec est préoccupante. Certaines mesures de prévention déjà en place méritent d'être renforcées, alors que d'autres sont à développer. Considérant qu'il faut miser sur la combinaison de stratégies incluant des services de soutien directs aux parents dans le réseau de la santé, la mobilisation des communautés pour la petite enfance et des politiques cohérentes et concertées basées sur les meilleures connaissances, les directrices et directeurs régionaux de santé publique du Québec font les recommandations suivantes aux commissaires :

Recommandation sur le soutien parental aux familles en situation de vulnérabilité

Assurer aux familles en situation de vulnérabilité le plein accès aux *Services intégrés de prévention en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)* par le renforcement des conditions organisationnelles essentielles pour l'efficacité de ce programme, dont :

- la stabilité des ressources humaines, en nombre suffisant et formées, tel que requis;
- le recours à des stratégies pour rejoindre plus précocement les familles en situation de vulnérabilité;
- l'établissement de corridors de services pour la dispensation rapide de services adaptés ou spécialisés afin de composer avec des situations complexes des familles, tout en continuant à offrir un soutien parental dans les SIPPE (co-intervention).

Recommandation sur les programmes de soutien parental universels

Intégrer formellement un programme de soutien parental pour tous les parents dans l'offre de services préventifs de base des CISSS-CIUSSS, basé sur des données probantes et adapté à leurs besoins et aux réalités locales, en collaboration avec les ressources du milieu et en assurant les ressources nécessaires à son implantation.

Recommandation sur le soutien à la création d'environnements favorables

Dans le respect des besoins, des réalités et des dynamiques territoriales, doter chaque territoire de conditions lui permettant d'être une communauté bienveillante pour les familles avec des tout-petits, particulièrement celles en situation de vulnérabilité :

- Assurer le financement de la coordination des instances de concertation locales et régionales, et des projets issus des plans d'action concertés.
- Assurer le déploiement d'intervenants de type agent de milieu afin de mieux rejoindre les familles en situation de vulnérabilité, les accompagner et réduire les barrières à l'accès aux services.
- Bonifier le financement des organismes communautaires Famille afin de leur permettre de remplir leur mission et de réaliser les projets issus des plans d'action concertés.
- Augmenter l'accès à des services de garde éducatifs à l'enfance de qualité pour les enfants de familles en situation de vulnérabilité, notamment en ajoutant des places en milieu défavorisé, et assurer l'application des ententes sur les places-protocoles.

Recommandation sur les politiques cohérentes et concertées

Intensifier la mise en œuvre du plan d'action interministériel de la Politique gouvernementale de prévention en santé en investissant les sommes nécessaires pour améliorer les conditions de vie des familles, les services de soutien à la famille et l'accès aux services de garde éducatifs à l'enfance de qualité aux familles vivant en contexte de vulnérabilité.

Recommandation sur l'accès aux meilleures connaissances

Mettre en place les conditions pour favoriser le recours aux meilleures données et à des pratiques innovantes en matière de prévention de la maltraitance envers les enfants :

- Confier aux acteurs de santé publique le mandat de développer un système de surveillance de la maltraitance et de ses déterminants dans une perspective populationnelle.
- Confier à l'Institut national de santé publique du Québec le mandat de mobiliser les expertises, de soutenir l'implantation et l'évaluation des interventions en prévention de la maltraitance et de mettre en place des mécanismes de transfert et d'appropriation de connaissances.
- Soutenir la recherche sur les meilleures pratiques en prévention de la maltraitance.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
L'IMPORTANCE DE LA MALTRAITANCE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE.....	2
DES PARENTS BIEN SOUTENUS DANS LEUR RÔLE	7
SOUTIEN PARENTAL POUR LES FAMILLES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ.....	7
SOUTIEN PARENTAL UNIVERSEL	11
DES COMMUNAUTÉS BIENVEILLANTES	15
DES DÉCISIONS COHÉRENTES ET CONCERTÉES AU PLUS HAUT NIVEAU	20
DES ACTIONS S'APPUYANT SUR LES MEILLEURES CONNAISSANCES	22
CONCLUSION.....	24
RÉFÉRENCES.....	25

INTRODUCTION

Le développement des enfants est au cœur des priorités des directrices et directeurs de santé publique, particulièrement celui des tout-petits issus de familles en situation de vulnérabilité, et la maltraitance est une menace sérieuse au développement des enfants. Plusieurs des facteurs contribuant ou menaçant le développement des enfants se retrouvent dans les situations de maltraitance ayant mené à la mise en place de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse.

En collaboration avec leurs partenaires, les directrices et directeurs régionaux de santé publique (DRSP) s'assurent de mettre en œuvre dans leur région respective une série d'interventions prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP) visant le développement des tout-petits de leurs régions. Plusieurs de ces actions contribuent à prévenir la maltraitance. L'adaptation aux réalités et aux besoins des populations desservies sur les territoires et la réduction des inégalités sociales de la santé guident l'action en santé publique.

Ce mémoire des DRSP est centré sur les actions les plus directement liées à la prévention de la maltraitance en privilégiant le soutien aux parents et la création d'environnements et de politiques favorables au développement des enfants. Cette orientation est cohérente avec la volonté du réseau de santé publique d'intensifier ses actions visant à réduire la vulnérabilité des jeunes enfants et assurer leur plein développement.

Après avoir traité de l'importance de la problématique de la maltraitance pour la santé publique, les cinq cibles d'actions retenues seront analysées et suivies de recommandations.

L'IMPORTANCE DE LA MALTRAITANCE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Des situations familiales à risque

Les conditions dans lesquelles évoluent les enfants influencent leur développement global à long terme. Pouvoir compter sur un revenu familial suffisant, un logement salubre et de qualité, un soutien social adéquat, des relations stables et positives sont autant de déterminants qui créent un contexte favorable au développement du plein potentiel durant la petite enfance (Organisation mondiale de la Santé, 2009 ; Irwin, Siddiqi et Hertzman, 2007). Or, tous les enfants du Québec ne grandissent pas dans des environnements optimaux et trop d'enfants font face à des conditions de vie difficiles ou stressantes.

Les contextes familiaux marqués par la violence conjugale, des problèmes de santé mentale et une consommation problématique d'alcool ou de drogues s'accompagnent souvent de dysfonctionnements affectant la qualité de la relation parent-enfant et pouvant entraver le développement des enfants (Milot et collab., 2019; Turgeon et collab., 2019; Clément, 2019). Ces difficultés vécues par des parents ressortent tant dans les situations de violence envers des enfants rapportées par les parents eux-mêmes que dans les signalements en protection de la jeunesse et doivent être considérées pour réduire la maltraitance envers les enfants (Clément et collab., 2019; Hélie et collab., 2017).

L'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans réalisée en 2015 démontre que 8 % des parents interrogés vivent une situation de monoparentalité, 5 % sont à la recherche d'un emploi ou prestataires d'aide sociale, tandis que 7 % vivent dans un ménage dont le revenu annuel est de moins de 20 000 \$, cette proportion atteignant près de 30 % chez les familles monoparentales (Lavoie et Fontaine, 2016). Les parents qui vivent dans des ménages à faible revenu sont aussi plus susceptibles d'avoir moins de soutien social (Lavoie et Fontaine, 2016).

En plus d'être une entrave au développement optimal des enfants, plusieurs de ces conditions augmentent le risque de violence et de maltraitance (voir le tableau en annexe). La réduction des difficultés éprouvées par les parents et l'amélioration des conditions de vie des familles constituent des cibles incontournables lorsqu'il est question de prévenir la violence et la maltraitance envers les enfants (Gagné et Goulet, 2017).

Une violence trop fréquente dans l'enfance

La violence et la maltraitance durant l'enfance et l'adolescence sont des expériences adverses fréquentes (Bellis et collab., 2019 ; Hillis et collab., 2016 ; Stoltenborgh et collab., 2015). Au Québec, on estime que plus de 1,7 million de personnes auraient vécu au moins une forme de violence avant l'âge de 16 ans (Flores, Laforest et Joubert, 2016). En 2018-2019, le bilan des directeurs de la protection de la jeunesse (DPJ) montre une augmentation des signalements traités et retenus dans les dernières années (Directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux, 2019). Chez les plus jeunes, les signalements jugés fondés concernent principalement des situations de négligence et d'abus physiques (Observatoire des tout-petits, 2017).

Depuis 1999, une enquête sur la violence dans la vie des enfants du Québec est réalisée de façon régulière auprès des parents d'enfants âgés de 6 mois à 17 ans pour documenter les conduites parentales à caractère violent. La plus récente enquête menée en 2018 révèle que dans les 12 mois précédents près de la moitié des enfants ont été victimes d'agression psychologique de manière répétée, 7 % ont subi de la violence physique mineure tandis que 0,6 % ont vécu de la violence sévère à au moins trois reprises (Clément et collab., 2019). Pour 2,6 % des enfants, les conduites parentales violentes auxquelles ils sont exposés sont à la fois de nature psychologique et physique (mineure et sévère) (Clément et collab., 2019). Les enfants âgés de 5 ans et moins sont les plus susceptibles de vivre de la violence physique mineure, soit des comportements apparentés à des punitions corporelles. On évalue que 35 % des enfants âgés entre 6 mois et 5 ans ont vécu au moins un épisode de violence physique mineure (Clément et collab., 2019).

Un phénomène préoccupant concerne la surreprésentation de certaines minorités ethnoculturelles au moment du signalement à la DPJ, une disproportion présente à Montréal et aussi dans l'ensemble du Québec selon des données récentes (Lavergne, Robichaud et Sarmiento, en préparation). L'interaction entre de multiples facteurs est probablement en cause pour expliquer le nombre de ces signalements. D'une part, certaines minorités ethnoculturelles sont des groupes de population particulièrement touchés par des inégalités sociales et de santé. D'autre part, plusieurs auteurs s'interrogent sur la présence possible de biais à l'endroit des minorités ethnoculturelles dans les pratiques décisionnelles des professionnels qui signalent, particulièrement dans le réseau de la santé et le réseau de l'éducation (Eid, Turenne et Magloire, 2011; Lavergne, Dufour et Couture, 2014; Lavoie-Taylor, 2017; Robichaud, 2017).

Aussi, bien que les enfants autochtones représentaient à peine 7 % de tous les enfants au Canada en 2011, ils constituaient près de la moitié (48 %) de tous les enfants en famille d'accueil au pays. De même, de tous les enfants vivant en famille d'accueil au Québec en 2011, 15 % étaient Autochtones, alors que seulement 1,8 % de la population québécoise est d'origine autochtone. Il est maintenant bien documenté que la surreprésentation des enfants autochtones au sein des services de protection de l'enfance au Québec et au Canada n'est nullement liée aux normes culturelles et sociales des populations, mais bien plutôt le résultat du cumul de facteurs structurels défavorables, tels que la pauvreté, le surpeuplement des logements, et l'accès inadéquat aux services (Blackstock et Trocmé, 2005; Blackstock, Trocmé et Bennett, 2004). Or, ces problématiques systémiques découlent en grande partie de nombreuses politiques assimilatrices auxquelles les populations ont dû faire face au cours de leur histoire, incluant celle des pensionnats autochtones (Brittain et Blackstock, 2015; Greenwood et collab., 2012).

Il existe un continuum de gravité de la violence envers les enfants, celui-ci allant de punitions corporelles assez communes, telles qu'une tape ou une fessée, à une négligence ou à une violence sévère, souvent qualifiée d'abus ou de maltraitance¹ (Dufour, 2019). Les manifestations de violence et de négligence à l'extrême du continuum sont celles qui sont le plus susceptibles de mettre en péril la sécurité et le développement de l'enfant dans l'immédiat. Ce sont aussi ces manifestations plus extrêmes qui sont visées par la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) (Dufour, 2019). Par contre, il faut considérer que même si la gravité des gestes de violence commis varie, ceux-ci ont tous des

¹ « La maltraitance (...) englobe toutes les formes de négligence, de violence ou d'abus susceptibles de nuire à la sécurité et à l'intégrité physique et psychologique de l'enfant. Il s'agit à la fois d'actes omis, c'est-à-dire de l'absence de réponse aux besoins d'ordre physique, psychologique et social de l'enfant, et d'actes commis, c'est-à-dire dirigés directement ou indirectement contre celui-ci »(Clément, Gagné et Hélie, 2018, p. 24).

conséquences observées chez les enfants. Par exemple, les enfants soumis aux punitions corporelles sont plus à risque (2 à 10 fois selon les différentes études) d'être victimes d'abus physique, ce constat dénotant une possible escalade de la violence (Clément, 2019). Bien qu'elle soit considérée comme de la violence mineure, la punition corporelle n'est pas sans conséquence, ses effets négatifs (retards de langage, agressivité, trouble de la conduite, etc.) sont maintenant de mieux en mieux documentés (Clément, 2019).

Des conséquences néfastes qui peuvent perdurer

Peu importe la forme, les effets de la violence et de la maltraitance chez les enfants sont largement documentés. Les conséquences peuvent toucher plusieurs sphères de développement de l'enfant : physique, neurobiologique, cognitif, comportemental, socioaffectif (Clément, Gagné et Hélie, 2018). Ainsi, les enfants victimes de violence présentent plus souvent des troubles internalisés (ex. : anxiété et dépression) et externalisés (ex. : délinquance), des difficultés scolaires, des comportements à risque, des blessures physiques et des retards développementaux. Les effets de ces expériences adverses peuvent persister et compromettre la santé mentale et physique au-delà de l'enfance. Un corpus important de données scientifiques démontre que les adultes ayant subi de la violence et de la négligence durant l'enfance présentent un risque accru de déficits relationnels, de problèmes de santé mentale (anxiété, dépression, comportements suicidaires, etc.), de maladies chroniques et même une mortalité prématurée (Bellis et collab., 2014; Norman et collab., 2012). À cet égard, la maltraitance envers les enfants présente un fardeau social important, notamment en matière de dépenses de santé et de coûts sociaux (Bellis et collab., 2019).

Une violence évitable : des solutions pour prévenir la violence et la maltraitance à l'endroit des enfants

En raison de ces graves répercussions, l'importance de prévenir la violence et la maltraitance et d'agir en amont pour soutenir le développement optimal des enfants est maintenant largement reconnue en santé publique (Organisation mondiale de la Santé, 2015 ; Whitaker, Lutzker et Shelley, 2005 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). D'ailleurs, les connaissances scientifiques en matière de développement de l'enfant et de prévention de la maltraitance n'ont cessé de s'approfondir au cours des dernières décennies (Tarabulsy et collab., 2019 ; Dufour et Clément, 2019) et plusieurs programmes et services ont été implantés au Québec en prenant appui sur ces connaissances. Pourtant, des gains sont encore fortement attendus en ce qui a trait à l'accès et au déploiement à grande échelle de ces interventions ainsi qu'à l'amélioration de leur implantation, notamment à la mise en place des conditions assurant leur efficacité.

Agir de façon préventive pour éviter les situations de signalement implique d'intervenir le plus en amont possible en réduisant les facteurs de risque et en augmentant les facteurs de protection. Concrètement, cela veut dire de mettre en place des conditions individuelles, familiales, communautaires, économiques et sociales qui permettent au plus grand nombre d'enfants possible de grandir au sein d'une famille exempte de dynamiques coercitives, violentes, abusives ou négligentes (Clément, Gagné et Hélie, 2018, p. 36). À ce titre, les experts dans le domaine distinguent généralement deux volets complémentaires de la prévention de la maltraitance : le soutien au rôle parental et la création d'environnements et de politiques publiques favorables (Clément, Gagné et Hélie, 2018 ; Lavergne et Dufour, 2019 ; Gagné, Malo et Melançon, 2019 ; Lacharité, 2019). Certaines des mesures préventives visent l'ensemble de la

population, elles sont dites « universelles », tandis que d'autres ciblent certains groupes ou contextes à risque, elles sont alors nommées « sélectives » ou « indiquées » (Clément, Gagné et Hélie, 2018).

Le soutien au rôle parental

Le soutien au rôle parental peut prendre la forme de programmes de visites à domicile ou de programmes spécifiques de soutien aux pratiques parentales. Des données scientifiques appuient l'efficacité de ces programmes à réduire les conduites parentales à caractère violent et à prévenir la maltraitance (Lavergne et Dufour, 2019 ; Clément, Gagné et Hélie, 2018 ; Gagné, Malo et Melançon, 2019 ; Organisation mondiale de la Santé, 2015).

Certaines conditions de succès des programmes de soutien parental ressortent des écrits scientifiques : la cohérence théorique entre le contenu et les changements attendus, la formulation d'objectifs mesurables et concrets (ex. : la réduction de la maltraitance), des considérations pour le recrutement, l'engagement des parents, la prise en compte des besoins des parents, le recours à des composantes multiples et à des approches variées, ainsi que le recours à des interventions qui proposent des stratégies concrètes et qui favorisent le changement de comportements en plus de la transmission d'information et de conseils aux parents (Comeau, Desjardins et Poissant, 2013). En général, la précocité, l'intensité, la durée et l'accessibilité de l'intervention auprès des parents sont des principes d'efficacité à considérer (Lavergne et Dufour, 2019). Au-delà des caractéristiques d'efficacité des programmes, il est aussi reconnu que les conditions d'implantation de ces programmes seraient particulièrement importantes pour atteindre les objectifs de prévention (Tarabulsy et collab., 2019 ; Dufour et Clément, 2019). Ainsi, une attention particulière doit être portée à la fidélité au programme (implanter le programme tel qu'il a été conçu et évalué) et au respect de l'intensité et de la durée du suivi ainsi qu'à la formation du personnel.

La création d'environnements et de politiques publiques favorables

De l'avis des experts, les programmes de soutien aux parents qui visent la modification des attitudes, des habiletés et des comportements individuels ne sont pas suffisants et doivent être combinés à des actions sur les conditions de vie des familles pour améliorer les environnements, notamment l'environnement socioéconomique, dans lesquels les parents exercent leur rôle (Lavergne et Dufour, 2019; Gagné, Malo et Melançon, 2019; Organisation mondiale de la Santé, 2016). Le soutien à la création d'environnements et de politiques favorables vise notamment à améliorer les milieux et la qualité de vie, à augmenter le pouvoir d'agir des familles et l'accessibilité, la coordination et l'intégration des services destinés aux enfants et à leur famille (Lavergne et Dufour, 2019). Concrètement, cela peut prendre la forme de mesures fiscales destinées aux familles, de services de garde éducatifs de qualité, de logements sains et abordables, de mécanismes de concertation locale et d'organismes communautaires ayant la capacité de répondre aux besoins des familles de leur territoire.

En somme

Même si toutes les conduites à caractère violent ou négligent ne peuvent être qualifiées de maltraitance (Clément et collab., 2019 ; Dufour, 2019), les données disponibles soulignent la fréquence et la précocité de l'exposition à la violence dans la vie des enfants du Québec et rappellent l'importance d'agir tôt pour éviter ces épisodes de violence chez les tout-petits. L'évolution à la baisse de certains comportements, notamment le recours à la punition corporelle, démontre qu'il est possible de les réduire par diverses

actions (Clément, 2019 ; Lavergne et Dufour, 2019). Pourtant, cibler uniquement les conduites parentales est loin d'être suffisant, appelant de fait les instances publiques à diversifier les solutions mises de l'avant en abordant également les conditions de vie et les environnements dans lesquels vivent les enfants et leur famille (Dufour et Clément, 2019 ; Fortson et collab., 2016 ; Clément, Gagné et Hélie, 2018). En 2016, l'OMS, en collaboration avec d'autres organismes internationaux soucieux de la sécurité et du développement des enfants, a ciblé sept stratégies devant être déployées pour prévenir la violence à l'endroit des enfants². Les recommandations mises de l'avant dans ce mémoire reprennent la plupart des stratégies proposées dans le document de l'OMS, particulièrement celles qui s'appliquent aux enfants plus jeunes et à la prévention de la maltraitance. Ces actions devraient s'inscrire dans une stratégie plus large de prévention de la violence au sein de la population qui inclurait notamment des campagnes de sensibilisation à la non-violence, la promotion de relations amoureuses saines dès l'adolescence et la réduction de l'exposition à la violence conjugale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018; Laforest, Maurice et Bouchard, 2018).

Dans ce mémoire, les directeurs régionaux de santé publique invitent les commissaires à adopter une approche populationnelle en prévention de la maltraitance et donc à privilégier des services pour tous, mais modulés selon les besoins. Les prochaines sections présentent des cibles plus spécifiques autour de niveaux d'actions complémentaires, soit 1) des parents bien soutenus dans leur rôle parental, 2) des communautés bienveillantes, 3) des décisions cohérentes et concertées au plus haut niveau et 4) des actions s'appuyant sur les meilleures connaissances. Pour chacune de ces sections, des recommandations concrètes sont énoncées.

² Nommé *INSPIRE : Sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants*, le document met de l'avant l'importance de déployer les stratégies suivantes : 1) mise en œuvre et application des lois; 2) normes et valeurs; 3) sûreté des environnements; 4) appui aux parents et aux personnes ayant la charge des enfants; 5) revenu et renforcement économique; 6) services de lutte et d'appui; 7) éducation et savoir-faire pratiques.

DES PARENTS BIEN SOUTENUS DANS LEUR RÔLE

Les services préventifs prévus dans le PNSP visant à soutenir les parents s'inscrivent dans une gamme de services en périnatalité et petite enfance offerts par les CISSS-CIUSSS qui représentent autant d'opportunités d'informer et de sensibiliser les parents sur le développement de l'enfant et de les soutenir dans leur rôle. Dans les régions où il est implanté, le système d'avis de grossesse permet de rejoindre toutes les femmes enceintes et de les orienter vers les services adaptés à leurs besoins. Les parents sont aussi rejoints par les rencontres prénatales de groupe, le programme OLO, la visite à domicile postnatale, les services de vaccination ou d'autres services en réponse à un besoin spécifique. Ils peuvent également être orientés vers d'autres programmes ou vers des ressources du milieu. La responsabilité populationnelle au regard du développement de tous les enfants de leur territoire implique que les CISSS-CIUSSS aient la capacité d'offrir des services à l'ensemble des familles, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins. Cette responsabilité implique d'éliminer les barrières d'accès.

Des programmes basés sur des données probantes contribuant plus spécifiquement à la prévention de la maltraitance en agissant directement auprès des familles sont prévus dans l'offre de services de santé publique du PNSP. Il s'agit du programme de visites à domicile *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* pour les familles en situation de vulnérabilité et des programmes de soutien aux pratiques parentales à portée universelle qui feront l'objet de la section suivante.

SOUTIEN PARENTAL POUR LES FAMILLES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

Les Services de prévention en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) sont déployés dans l'ensemble du réseau de la santé québécois depuis 2004 et sont offerts aux familles avec de jeunes enfants vivant en contexte de vulnérabilité. Ce programme de visites à domicile est inspiré d'un programme évalué ayant démontré son efficacité à réduire la négligence (Olds et collab., 1997, 1986).

Principales caractéristiques des SIPPE

Les SIPPE visent à favoriser le développement global des enfants de 0 à 5 ans vivant en contexte de vulnérabilité par des services de promotion et de prévention individualisés, précoces, intensifs et de longue durée dès la 12^e semaine de grossesse, et peuvent être offerts aux familles jusqu'à l'entrée à l'école (MSSS, 2019). La vulnérabilité est définie à partir du revenu, du niveau de scolarisation et de l'isolement social. Les objectifs généraux des SIPPE visent à améliorer l'état de santé des bébés à naître, des enfants, des femmes enceintes et des parents, à favoriser le développement optimal des enfants, en renforçant notamment le lien d'attachement parents-enfants et les pratiques parentales positives, et à améliorer les conditions de vie des parents et des enfants.

Les visites à domicile constituent la principale modalité d'intervention de ce programme. Leur fréquence est modulée en fonction des besoins de la famille et l'atteinte d'objectifs. D'autres modalités complémentaires, telles que les rencontres de groupe, l'accompagnement vers les ressources de la communauté et l'intégration de l'enfant en service de garde éducatif à l'enfance de qualité, sont également recommandées.

Quand les besoins observés dépassent le champ d'action des SIPPE, un accompagnement partagé entre l'intervenant pivot des SIPPE et un intervenant associé à un autre programme ou service peut être offert (ex. : présence ou soupçon d'un problème de santé mentale ou de dépendance). Des mécanismes doivent être mis en place pour faciliter les collaborations internes et avec les partenaires intersectoriels afin de diriger les familles vers les bons services en complément aux SIPPE.

Situation actuelle et défis dans l'implantation

Les SIPPE ont fait l'objet d'analyses portant sur leur implantation, leur suivi et leur optimisation, et ce, dans une perspective d'amélioration continue (Gendron et collab., 2014; Beauregard, Laverdure et Poissant, 2010; Therrien, 2011). Le Cadre de référence des SIPPE vient d'être mis à jour afin de répondre aux enjeux liés à la capacité à atteindre les objectifs du programme et à l'implantation selon les standards mis en lumière dans ces travaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019). Depuis plusieurs années, des efforts importants sont consentis par les partenaires concernés pour atteindre les objectifs de ce programme.

L'implantation des SIPPE selon le cadre prévu pose un grand défi au réseau de la santé et il s'avère souvent difficile de respecter les conditions organisationnelles nécessaires pour assurer son efficacité. Plusieurs des défis sont similaires à ceux bien documentés dans la littérature scientifique sur l'intégration des programmes de prévention en petite enfance basés sur des données probantes dans l'offre de services publics (Tarabulsky et collab., 2019; Dufour et Clément, 2019). Pour être efficaces, les conditions organisationnelles suivantes sont nécessaires :

- le maintien des ressources humaines formées (en nombre suffisant et stabilité),
- une charge de travail des intervenants appropriée,
- le temps nécessaire consacré au travail en équipe,
- la dispensation rapide de services spécialisés afin de composer avec des situations complexes des familles en continuant à offrir un soutien parental,
- la continuité dans le travail des intervenants afin de maintenir un lien durable avec la famille et disposer du temps nécessaire pour développer une expertise collective et parfaire de manière continue leurs connaissances.

La transformation du réseau découlant de l'application de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux* a affecté l'implantation des interventions de prévention, spécialement les SIPPE. Dans le cadre d'une évaluation de l'impact des nouveaux modes de gouvernance sur la mise en œuvre du PNSP 2015-2025, des difficultés importantes dans la capacité des acteurs à livrer les SIPPE tels que prévus ont été relevées (Poirier et collab., 2019). Selon cette étude, l'impact négatif sur les SIPPE résulte d'un roulement important du personnel qui n'a pas été accompagné par une formation adéquate, d'un roulement au niveau de l'encadrement avec les mêmes déficiences dans la formation des nouveaux cadres, ainsi qu'une dérive vers une approche s'éloignant du mandat préventif des SIPPE.

Les problèmes recensés quant à l'accès, à la qualité, à l'intensité ou à la gestion du déploiement des SIPPE varient d'une région à l'autre. Dans le cadre de travaux récents autour du deuxième cycle d'implantation du PNSP (2020-2025), le réseau de la santé publique a tiré de grands constats dont :

- Le manque de ressources en lien avec la diminution importante des ressources financières en petite enfance et en santé publique ces dernières années, et l'utilisation des ressources humaines SIPPE pour des services de nature plus curative auprès de familles déjà en difficulté.
- La difficulté à rejoindre les femmes enceintes précocement.
- Le manque de corridors de services pour répondre adéquatement et rapidement aux besoins des parents rejoints par les SIPPE qui présentent des difficultés en santé mentale ou en dépendance ayant besoin d'autres services en plus du programme SIPPE (co-intervention).
- Le manque de services pour les parents ne correspondant pas aux familles ciblées par les SIPPE mais aux prises avec des problématiques pouvant affecter la parentalité, dont ceux rejoints dans le programme santé mentale adulte et dépendance.
- Le manque de places réservées en services de garde éducatifs à l'enfance de qualité pour les familles SIPPE.
- La complémentarité entre le programme SIPPE et le programme d'intervention en négligence pose des défis.

Ces problèmes ont fait l'objet de démarches structurées dans certaines régions afin de mieux documenter les difficultés et identifier des pistes d'amélioration avec la collaboration des gestionnaires concernés. Par ailleurs, des régions ont pris l'initiative de déployer un système d'avis de grossesse, une pratique favorisant la précocité de l'intervention. La Politique de périnatalité 2008-2018 prévoyait l'implantation d'un tel système à l'échelle provinciale et son importance a été réaffirmée par le Commissaire à la santé et au bien-être (MSSS, 2008; Commissaire à la santé et au bien-être, 2012). Ce système demeure malheureusement une initiative régionale alors qu'il devrait être provincial.

Les directions des CISSS-CIUSSS ont la responsabilité d'assurer la précocité, l'intensité et la continuité requises pour atteindre les objectifs des SIPPE en organisant les services en conséquence. Le rehaussement du niveau de priorisation accordé à ce programme de prévention s'avère particulièrement indiqué dans le contexte actuel.

En collaboration avec les directions jeunesse, les directeurs de santé publique s'engagent déjà à assurer le monitoring des SIPPE avec des indicateurs de processus et de résultats de même qu'un soutien continu sur le plan de la formation et du transfert de connaissances pour assurer une appropriation optimale du contenu et des outils du programme.

Dans les communautés autochtones, comme les programmes de type SIPPE font partie de l'offre de services de santé publique, et donc de juridiction québécoise, seules les régions conventionnées y ont pour le moment accès. Ainsi, la région de Terres-Cries-de-la-Baie-James a développé des projets pilotes qui sont en déploiement graduel dans les communautés depuis près d'une décennie. La région du Nunavik s'est prévaluée de ces budgets depuis 2014 et a développé des services dans quelques communautés, en partenariat avec les maisons de la famille et les services de sages-femmes traditionnelles.

Dans les deux cas, des évaluations de programme ont permis de confirmer ce que la littérature internationale nous enseigne au sujet de l'adaptation de ce type de programmes en milieu autochtone : les services doivent être développés avec et dispensés par des intervenants locaux autochtones de manière à tenir compte des contextes social, économique et culturel des populations (Lori G. Irwin, Siddiqi et Hertzman, 2007; Bowes et Grace, 2014; Richer et collab., 2018). En effet, ces conditions sont essentielles étant donné les effets à long terme du régime des pensionnats canadiens sur la confiance des parents envers les institutions non autochtones d'aide sociale à l'enfance (Bowes et Grace, 2014; Mildone et collab., 2012; Sims, 2011).

Les communautés non conventionnées n'ont pour le moment aucun accès au financement provincial permettant le déploiement des programmes SIPPE au sein de leurs communautés. Certaines communautés ont des projets financés par des organisations non gouvernementales ou des programmes fédéraux. Or, ces financements sont souvent octroyés sur une base non récurrente et largement insuffisante pour mettre en place les services intégrés tels que décrits dans cette section.

Cette situation rappelle la décision rendue en 2016 par le Tribunal canadien des droits de la personne concluant que la ministre canadienne des Affaires autochtones et du Nord a exercé de la discrimination à l'encontre des enfants autochtones en ce qui a trait au sous-financement des services d'aide à l'enfance, ce qui a « eu une incidence négative sur les enfants et les familles membres des Premières Nations dans les réserves » (Gowling WLG, 2016).

En somme

La situation préoccupante de la hausse des signalements à l'échelle provinciale, incluant les besoins des enfants dont le signalement n'est pas retenu, exige une intensification des efforts de prévention auprès des familles en situation de vulnérabilité. Il apparaît urgent de se donner les moyens pour répondre aux défis constatés par les directeurs régionaux de santé publique dans l'implantation des SIPPE.

Recommandation sur le soutien parental aux familles en situation de vulnérabilité

Assurer aux familles en situation de vulnérabilité le plein accès aux *Services intégrés de prévention en périnatalité et pour la petite enfance* par le renforcement des conditions organisationnelles essentielles à l'efficacité de ce programme, dont :

- la stabilité des ressources humaines, en nombre suffisant et formées, tel que requis;
- le recours à des stratégies pour rejoindre plus précocement les familles en situation de vulnérabilité;
- l'établissement de corridors de services pour la dispensation rapide de services adaptés ou spécialisés afin de composer avec des situations complexes des familles, tout en continuant à offrir un soutien parental dans les SIPPE (co-intervention).

SOUTIEN PARENTAL UNIVERSEL

Les programmes de soutien aux pratiques parentales visent à améliorer les connaissances des parents et à favoriser des interactions parents-enfants positives. Ce type de programme figure dans les services de soutien aux pratiques parentales du PNSP 2015-2025 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Ils sont aussi positionnés dans le plan d'action interministériel de la Politique gouvernementale de prévention en santé (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016). Cependant, aucun programme universel basé sur des données probantes n'est mis de l'avant et financé sur le plan provincial.

L'offre de programmes de soutien parental demeure limitée dans le réseau de la santé et des services sociaux, et est souvent le résultat de l'initiative ponctuelle de chercheurs universitaires, de certains établissements, d'organismes communautaires ou d'autres ressources de la communauté sans que la pérennité soit assurée. Une expertise québécoise a été développée avec l'implantation locale de programmes internationaux fondés sur des données probantes comme Triple P qui a été expérimenté sur deux territoires de CLSC et Ces années incroyables dont l'un des volets offert en centres jeunesse a été évalué. Des programmes innovants ont aussi été développés, comme Espace Parents pour les parents en contexte d'immigration. Par ailleurs, le programme Y'APP est offert en particulier aux familles avec un faible statut socioéconomique dans plusieurs organismes communautaires Famille (OCF) de la province depuis de nombreuses années. Une analyse des programmes structurés et évalués en usage au Québec réalisée par la Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance permet de situer leur contribution à la réponse aux besoins de soutien des parents (Gagné, Richard et Dubé, 2015).

S'il s'avère important de faire des choix pour agencer une offre de programmes adaptée aux besoins des parents du territoire et aux réalités et dynamiques locales, l'offre d'un programme évalué et accessible pour toutes les familles du Québec apparaît incontournable. Deux expériences québécoises basées sur des données probantes réalisées dans plusieurs régions et auxquelles des directions régionales de santé publique collaborent sont éclairantes.

Des expériences québécoises basées sur des données probantes inspirantes

Le programme Triple P

Le programme Triple P propose plusieurs niveaux d'intervention adaptés au vécu des parents d'enfants de 0 à 12 ans, avec une modulation du format (en groupe ou en individuel) et de l'intensité selon les besoins des parents. Adoptant une approche positive qui favorise l'autorégulation des parents, Triple P invite l'ensemble des parents d'une communauté à adopter des « pratiques parentales positives ». Ce programme a fait l'objet de nombreuses études ayant démontré ses effets préventifs dont des résultats probants en prévention de la maltraitance lors d'études populationnelles aux États-Unis et en Australie (Prinz et collab., 2009; Sanders et collab., 2014; Sanders, 2008). Il est implanté dans plusieurs pays et dans certaines provinces au Canada, dont le Manitoba.

Au Québec, la Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, dont étaient membres des directions régionales de santé publique (Montréal, Capitale-Nationale) et l'INSPQ, a piloté l'expérimentation de Triple P au CLSC Orléans du CIUSSS-de-la-Capitale-Nationale et au CLSC Mercier-Est Anjou du CIUSSS-de-l'Est-de-Montréal. Une approche de mobilisation communautaire a été adoptée

impliquant les organismes communautaires, les services de garde éducatifs et le milieu scolaire. Les principaux résultats de l'expérimentation montrent qu'à court terme Triple P s'avère plus efficace que les services habituellement offerts par le CLSC pour :

- réduire plusieurs facteurs de risque de la maltraitance tels que :
 - le stress et la détresse des parents,
 - les interactions parent-enfant dysfonctionnelles,
 - les styles et pratiques disciplinaires inefficaces;
- rehausser certains facteurs de protection :
 - le sentiment d'auto-efficacité des parents,
 - le recours aux pratiques parentales positives,
 - le comportement prosocial de l'enfant.

Les chercheurs arrivent à la conclusion que Triple P entraîne des changements familiaux rapides, positifs et importants, peu importe le profil socio-économique des familles (Gagné et Bacque Dion, 2018). Des conditions de succès nécessaires à une implantation réussie dans le contexte québécois ont aussi été identifiées dans le cadre de cette expérimentation.

Les deux CIUSSS impliqués dans l'expérimentation ont choisi de pérenniser cette initiative et, dans le cas du CIUSSS-de-la-Capitale-Nationale, de la déployer sur tout son territoire. Cette expérimentation, suivie de sa pérennisation sur les deux territoires expérimentaux a démontré l'intérêt d'un leadership assumé par le réseau de la santé. En prenant appui sur cette expérimentation et en l'adaptant à la réalité régionale, une analyse des coûts associés à une offre de base de Triple P pour un réseau local de services a été réalisée à Montréal. De plus, un arrondissement de Montréal a obtenu un financement du ministère de la Sécurité publique du Québec pour implanter Triple P sur son territoire sur une période de trois ans, en collaboration avec le CIUSSS-de-l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et les ressources de la communauté. L'expérience en cours sous l'égide d'un arrondissement de Montréal, en collaboration avec le réseau et les partenaires de la communauté, démontre qu'il est possible d'obtenir des résultats intéressants avec un autre modèle d'implantation. Suite à ces expériences concluantes, d'autres municipalités et arrondissements, des CIUSSS-CIUSSS, des organismes communautaires, des centres de la petite enfance (CPE) et des écoles ont manifesté leur intérêt et même, dans certains cas, l'intention d'implanter ce programme quand des opportunités de financement se présenteront.

Les ateliers Espace Parents

Plusieurs facteurs de stress peuvent fragiliser les familles en processus d'adaptation à leur nouvelle société d'accueil. Dans le but de prévenir les difficultés d'adaptation et de mieux accompagner les parents immigrants nouvellement arrivés dans leur rôle parental, une équipe formée de chercheuses et de partenaires issus du milieu communautaire en immigration a développé Espace Parents, une série de neuf ateliers de deux heures dispensés par une ressource spécialement formée (Richard et collab., 2018). La DRSP de Montréal et la Ville de Montréal se sont ajoutées comme partenaires de cette initiative.

Les ateliers Espace Parents sont offerts par plusieurs organismes communautaires du Québec ; les intervenants formés pour l'animation de ces ateliers sont outillés pour offrir aux familles un accompagnement dans l'exercice de leur rôle parental, afin de favoriser leur pleine participation au

développement de leur enfant ainsi que leur inclusion dans la société d'accueil. Deux évaluations d'implantation permettent de constater que cette initiative répond à un réel besoin des parents d'échanger à propos des défis que représente la parentalité en contexte d'immigration, mais aussi de mieux connaître les besoins liés au développement des enfants, les pratiques parentales positives en matière d'encadrement, de discipline et de communication ainsi que les ressources dédiées à la famille (Laurin et collab., 2019; Richard et collab., 2018). La formation pour l'animation de ces ateliers est offerte par la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI), un regroupement provincial d'une centaine d'organismes. Cette formation peut être offerte aux organismes communautaires de toutes les régions qui en font la demande.

Devant ces constats, il s'avère essentiel que le soutien à la parentalité soit considéré par le gouvernement, et en particulier par les ministères concernés tels que le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), comme une priorité en matière d'accueil et d'accompagnement des nouveaux arrivants. En outre, il serait également important d'assurer le déploiement et la pérennité des efforts existants comme Espace Parents afin de combler le manque actuel au Québec sur le plan de l'offre de programmes de soutien et de formation à portée universelle adaptée spécifiquement aux besoins des familles immigrantes.

Défis et obstacles à l'offre d'un programme de soutien parental et de formation

Malgré les initiatives existantes, les programmes de soutien parental et de formation tardent à être déployés et soutenus sur l'ensemble du territoire québécois. La gamme de services pour le soutien parental à portée universelle s'avère incomplète. Les communautés n'ont pas encore accès à une offre de programmes de qualité, cohérente, facilement implantable et stable qui tienne compte de leurs réalités et des ressources disponibles. Les obstacles à l'intégration d'un tel programme dans l'offre de base des services préventifs des CISSS-CIUSSS sont de plusieurs ordres : manque de stabilité dans les ressources humaines, manque de personnel spécialement formé, roulement du personnel formé, ressources financières nécessaires pour la formation, les guides et outils, etc. Aussi, l'adaptation des programmes internationaux aux réalités québécoises reste un défi.

En somme

Le contexte actuel exige un investissement pour enrichir l'offre de services préventifs des CISSS-CIUSSS en amont des problèmes. Les contacts des parents avec les services de santé et les ressources du milieu tout au long du parcours de vie de l'enfant constituent autant d'opportunités à saisir pour les soutenir dans leur rôle. La formation de tous les intervenants s'avère indispensable pour assurer l'adoption d'une approche soutenante dans une perspective du parent partenaire et basée sur une vision globale des besoins de l'enfant.

Il nous apparaît impératif d'accélérer le déploiement de programmes de soutien parental dans différents milieux. De tels programmes contribuent à l'adoption d'une approche cohérente et complémentaire. Les DRSP croient essentiel qu'un programme de soutien aux pratiques parentales soit intégré dans l'offre de base des CISSS-CIUSSS, en conformité avec leurs mandats et en collaboration avec les ressources du milieu. Pour répondre aux besoins de certains groupes de la population qui rencontrent des défis particuliers, comme les parents immigrants, il s'avère aussi important de diversifier cette offre et de soutenir les organismes communautaires offrant des programmes adaptés à ces besoins.

Il est donc temps d'assurer une offre cohérente de programmes structurés et basés sur des données probantes afin de mieux soutenir les parents dans leur rôle et assurer le développement de leurs enfants.

Recommandation sur les programmes de soutien parental universels

Intégrer formellement un programme de soutien parental pour tous les parents dans l'offre de services préventifs de base des CISSS-CIUSSS, basé sur des données probantes et adapté à leurs besoins et aux réalités locales, en collaboration avec les ressources du milieu et en assurant les ressources nécessaires à son implantation.

DES COMMUNAUTÉS BIENVEILLANTES

En accord avec les principes en promotion de la santé, l'offre de services du réseau de santé publique prévoit la collaboration avec les partenaires de la communauté dans le cadre d'initiatives concertées visant à soutenir des milieux de vie favorables au développement des jeunes enfants. Cette offre prend différentes formes, notamment par le biais du soutien des organisateurs communautaires aux instances de concertation locales et aux organismes communautaires Famille (OCF), l'élaboration de guides et d'outils pour soutenir l'action intersectorielle, de mesures de financement pour les projets issus des plans d'action locaux, du soutien des instances intersectorielles régionales pour le développement de l'enfant et l'organisation d'événements de partage de connaissances. L'offre de services du PNSP comporte aussi une collaboration spécifique avec les partenaires des services de garde éducatifs à l'enfance (SGEE) et du milieu scolaire.

Les bilans des expériences de mobilisation en petite enfance dans les régions et les interactions régulières avec les partenaires de la santé publique à travers les mécanismes de coordination régionaux permettent de dégager certains constats concernant les conditions nécessaires pour assurer des environnements favorables aux tout-petits. Ces conditions concernent le type de soutien favorisant une mobilisation, l'accès à des ressources essentielles de soutien aux parents et à leurs enfants dans ces environnements que sont les SGEE et les OCF, et enfin, les interventions permettant de rejoindre les familles les plus isolées pour faciliter leurs liens avec les ressources du milieu.

La mobilisation des communautés en petite enfance

La majorité des régions du Québec compte maintenant une vaste expérience de mobilisation des communautés en petite enfance à travers des instances de concertation réunissant les acteurs du milieu communautaire, des services éducatifs en petite enfance, du milieu de la santé, du milieu scolaire, du milieu municipal ainsi que des familles. L'expérience montre que la participation du milieu municipal a un impact considérable et peut déboucher sur des politiques familiales et des changements importants dans les environnements.

Au fil des ans, les instances nées de la volonté des communautés ont été soutenues par différentes initiatives régionales ou provinciales. Les DRSP et les CISSS-CIUSSS ont toujours été partenaires des communautés de leur territoire et ont soutenu ces mobilisations. Les DRSP sont notamment impliquées dans l'Initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants³. Cette initiative à portée provinciale, impliquant le MSSS, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, le ministère de la Famille, Avenir d'enfants et l'Institut de la Statistique du Québec, comporte un volet enquête, l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) réalisée en 2012 et en 2017, et un volet intervention qui porte sur la mobilisation et la concertation des communautés.

Avenir d'enfants, l'un des partenaires de cette initiative concertée, a réalisé des investissements considérables en ressources financières et en ressources humaines depuis 2009 en soutien à la mobilisation des communautés. L'évaluation récente de la stratégie de mobilisation d'Avenir d'enfants a

³ <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/jeunesse/initiative-concertee-d-intervention-pour-le-developpement-des-jeunes-enfants/a-propos/>

démonstré que la contribution du soutien financier aux plans d'action de communautés et à leur coordination est particulièrement déterminante (Avenir d'enfants, 2019).

Les résultats du bilan d'Avenir d'enfants convergent avec les constats faits par les directions régionales de santé publique dans le cadre des autres initiatives et mesures de financement régionales. L'expérience a démontré en effet que le renforcement des efforts des concertations locales mène à de meilleurs projets pour les familles, notamment des projets basés sur des pratiques reconnues comme étant prometteuses et adaptées aux besoins prioritaires des enfants et familles de chaque communauté. Le renforcement des concertations locales facilite également le partage d'information et la mise en place d'un continuum de services et d'activités complémentaires au sein des différents secteurs.

Nos communautés sont de mieux en mieux outillées pour prendre des décisions collectives en tenant compte du portrait des enfants et des familles de leur territoire et en misant sur les conditions de succès des interventions favorables au développement des enfants. Dans le contexte où le financement d'Avenir d'enfants arrive à terme et devant l'importance de maintenir les acquis et de renforcer la mobilisation, il apparaît urgent d'assurer l'avenir des instances de concertation en petite enfance.

Le soutien essentiel des organismes communautaires Famille

De par leur mission spécifique, les services offerts par les organismes communautaires Famille (OCF) ainsi que ceux offerts par des services de garde éducatifs à l'enfance jouent un rôle central en petite enfance. En plus de réaliser des projets et des activités liés à leur mission, ces acteurs sont souvent les porteurs des projets collectifs issus des initiatives de mobilisation des communautés.

Les OCF rejoignent des familles en situation de vulnérabilité. Le contact direct de ces organismes avec les familles leur permet d'identifier et de répondre aux besoins des parents en offrant du soutien, de l'accompagnement et diverses activités. Ils peuvent également faciliter leur lien avec les autres ressources et activités complémentaires du milieu. Vue avec la lunette de la prévention de la maltraitance, leur contribution s'avère fondamentale pour briser l'isolement social des familles, soutenir les parents, améliorer leurs conditions de vie. Les haltes-garderies communautaires offrent des services qui permettent entre autres aux parents d'obtenir du répit temporaire et de participer à de la formation liée à leur rôle (ISQ, 2019).

De plus, les OCF, notamment Les Maisons de la famille, jouent souvent un rôle de porte d'entrée pour les différentes ressources du milieu, les services éducatifs et les services de santé. En plus d'accompagner les familles, dans plusieurs régions ces OCF contribuent à l'offre de programmes de soutien parental structurés comme les programmes Y'APP, Triple P et Espace Parents.

Dans le cadre de divers travaux menés par les DRSP, les instances de concertation locales, les regroupements régionaux et les OCF rapportent régulièrement que les moyens mis à la disposition des OCF pour assurer leur mission de base sont insuffisants. La capacité d'agir des OCF se trouve limitée, ce qui se traduit concrètement par des périodes d'ouverture limitées, la difficulté à retenir leur personnel, et donc à maintenir des équipes formées et compétentes, la difficulté à accueillir toutes les familles qui pourraient bénéficier d'une intervention et la faible capacité de contribuer aux réflexions et aux actions collectives dans leur communauté.

Étant donné qu'ils rejoignent un grand nombre de parents de jeunes enfants, les organismes communautaires dédiés à l'accueil et à l'intégration des immigrants jouent aussi un rôle important pour

le soutien à la parentalité. C'est en réponse aux besoins des nouveaux arrivants que la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI) a développé avec des chercheuses les ateliers Espace parents présentés dans la section précédente. La collaboration entre les organismes de la TCRI et les OCF autour d'Espace Parents s'avère une avenue particulièrement intéressante pour permettre une passerelle vers les ressources du milieu et pour enrichir les pratiques des OCF auprès des familles immigrantes en général (Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI), 2019; Laurin et collab., 2019).

L'accès à des services de garde éducatifs à l'enfance de qualité pour les enfants de familles en situation de vulnérabilité

La recherche a démontré depuis longtemps l'importance de la fréquentation des services de garde éducatifs à l'enfance (SGEE) de qualité pour le développement des enfants en situation de vulnérabilité et la santé publique s'est prononcée en leur faveur (Laurin et coll., 2019a, 2019b). L'intégration dans ces SGEE est l'un des objectifs visés par les SIPPE. Certaines régions ont développé des interventions spécifiques pour soutenir l'intégration de ces enfants dans de tels services (Iattoni, B. et Guay, D., 2019).

Malgré des progrès variables d'une région à l'autre, l'accès aux SGEE de qualité pour les enfants de familles en situation de vulnérabilité socioéconomique demeure un problème. Les enfants issus de milieux défavorisés sont moins susceptibles de fréquenter les services éducatifs et lorsqu'ils en fréquentent, ils ont plus de chances de se retrouver dans des services de moins bonne qualité. Plusieurs barrières à l'accès aux services de garde éducatifs pour les enfants issus de ces familles ont été identifiées. Des iniquités d'accès aux CPE sont documentées dans certains territoires; à Montréal par exemple le taux de places en CPE est plus du double dans les territoires les plus favorisés comparativement aux territoires les plus défavorisés (Laurin, Martin et Bigras, 2019).

Selon les témoignages recueillis lors de la commission sur l'éducation à la petite enfance, les protocoles garantissant aux CISSS-CIUSSS des places réservées en SGEE pour des enfants jugés vulnérables (5 % des places) ne sont pas suffisamment déployés. Les places réservées selon cette entente se retrouvent principalement en CPE, un milieu qui d'un point de vue de santé publique présente les caractéristiques les plus favorables au développement des enfants de familles à faible revenu. Les compressions dans le réseau de la santé semblent avoir nui à l'application de ces ententes, les services de santé prévus dans le cadre de ces protocoles étant plus difficiles à obtenir selon les représentants de services de garde entendus lors de la commission.

Il reste du chemin à faire pour assurer l'accessibilité aux services éducatifs à la petite enfance à tous les enfants et surmonter les nombreuses barrières qui freinent l'accès aux services pour les enfants issus de milieux défavorisés. Il faut donc se donner les moyens de rejoindre et d'inclure ces enfants dans des services de qualité. Les protocoles d'entente entre les milieux de la santé et les services de garde éducatifs sont une des mesures sur lesquelles nous pouvons miser pour faire des gains et leur importance doit être réaffirmée. En misant sur les places réservées et en priorisant les enfants qui en ont besoin, il sera ainsi possible d'augmenter l'accessibilité aux services de garde à l'enfance et de mieux rejoindre nos familles vulnérables. En plus des protocoles d'entente, d'autres mesures liées au programme SIPPE, aux OCF et aux agents de milieu peuvent contribuer à rejoindre ces familles et à faciliter l'intégration des enfants dans un SGEE de qualité. Des initiatives ont également été développées par les organismes communautaires dédiés à l'accueil et à l'intégration des immigrants pour faciliter l'intégration des enfants de familles réfugiées (parmi les plus vulnérables dans la population

immigrante) dans les SGEE (Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI), 2019).

Devant l'état de situation actuel, il s'avère important d'offrir plus de places en SGEE de qualité en milieu défavorisé et d'inciter les services de garde et le réseau de la santé à consolider les protocoles d'ententes existants et à réserver des places pour les familles en situation de vulnérabilité lors du développement de nouvelles places. Un meilleur arrimage entre les réseaux des haltes-garderies, des SGEE et le réseau de la santé serait également au bénéfice des familles. Cette collaboration entre les SGEE et les services de santé est d'ailleurs un des objectifs de la PNSP qui, faute de ressources et de budget, reste difficile à mettre en place.

Une stratégie pour rejoindre les familles en situation de vulnérabilité et plus isolées

Au fil des ans, des instances de concertation locales et régionales se sont penchées sur les difficultés à rejoindre les familles de milieux défavorisés et isolées, sur les barrières d'accès aux services et sur les stratégies pour les lever (St-Louis, 2017; Projet Constellation, 2017). Le travail de proximité est l'une des stratégies identifiées et sa mise en œuvre s'est intensifiée au cours des ans dans le cadre des projets soutenus par Avenir d'enfants pour mieux rejoindre ces familles, pour favoriser leur participation et leur accès aux activités et aux services offerts. Ce type d'action a permis entre autres de rejoindre des familles isolées qui ne fréquentent pas les services offerts. À la suite de son évaluation, Avenir d'enfants recommande comme pistes d'action de soutenir les services de proximité en s'appuyant sur l'expérience des communautés ayant développé ce type d'initiatives et de prévoir un travailleur de proximité (agent de milieu) qui est au service de l'ensemble des organisations d'une communauté et qui agit comme facilitateur entre les ressources du milieu et les familles (Avenir d'enfants, 2019).

Le réseau de la santé publique possède une grande expérience de ce type d'intervention en petite enfance et avec le milieu scolaire, et considère qu'il est important d'accentuer le travail de proximité auprès des familles, et encore plus auprès des familles habituellement plus difficiles à rejoindre (Bilodeau et collab., 2011; Couturier et collab., 2013a, 2013b; Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de Montréal, 2016). Le déploiement des agents de milieu pour favoriser l'engagement parental et accompagner les familles les plus vulnérables tout au long des parcours préscolaire et scolaire a également été recommandé dans le mémoire du directeur régional de santé publique de Montréal dans le cadre de la consultation publique sur la réussite éducative en 2016 (Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de Montréal, 2016). Le déploiement de ces agents de milieu pourrait être réalisé en collaboration avec les agents de développement économique ou social du milieu municipal.

En somme

L'analyse des expériences récentes de mobilisation des communautés autour de la petite enfance nous renseigne sur les conditions de succès pour soutenir une réponse collective aux besoins des familles : la coordination des instances de concertation, l'animation d'une démarche de planification structurée, du financement pour les projets identifiés à partir d'une lecture commune des besoins des enfants ou l'ajustement des services existants. Le travail de proximité pour rejoindre les familles en situation de vulnérabilité et celles, isolées, qui ne fréquentent pas les services, et faciliter les liens avec les ressources

du milieu est également ressorti comme un élément essentiel. Le renforcement de la capacité des OCF et des SGEE s'avère nécessaire pour que les services soient au rendez-vous particulièrement si la mobilisation des acteurs locaux et le travail de proximité permettent de rejoindre les familles en situation de vulnérabilité et isolées. La collaboration avec d'autres types d'organismes communautaires, comme ceux dédiés à l'accueil et à l'intégration des immigrants, s'avère également impérative pour offrir un soutien adapté à la réalité de certains groupes de la population.

Recommandation sur le soutien à la création d'environnements favorables

Doter chaque territoire de moyens lui permettant d'être une communauté bienveillante pour les familles avec des tout-petits, particulièrement celles en situation de vulnérabilité, et ce, dans le respect des besoins, des réalités et des dynamiques locales :

- Assurer le financement de la coordination des instances de concertation locales en petite enfance et des projets issus des plans d'action concertés.
- Assurer le déploiement d'intervenants de type agent de milieu, afin de mieux rejoindre les familles en situation de vulnérabilité, les accompagner et réduire les barrières à l'accès aux services.
- Bonifier le financement des organismes communautaires Famille afin de leur permettre de remplir leur mission et de réaliser des projets issus des plans d'action concertés.
- Augmenter l'accès à des services de garde éducatifs à l'enfance de qualité pour les enfants de familles en situation de vulnérabilité, notamment en ajoutant des places en milieu défavorisé, et assurer l'application des protocoles d'ententes pour les places réservées.

DES DÉCISIONS COHÉRENTES ET CONCERTÉES AU PLUS HAUT NIVEAU

L'amélioration de la santé et de la sécurité des tout-petits interpelle les décideurs de plusieurs ministères. Pour cette raison, il nous apparaît essentiel d'inscrire notre mémoire dans un courant international qui préconise l'intégration de la santé dans toutes les politiques. *La santé dans toutes les politiques*, alimentée entre autres par les travaux de l'OMS, est une approche intersectorielle qui vise à tenir compte, dans l'élaboration des politiques publiques, plus systématiquement des conséquences des décisions gouvernementales pour la santé des populations et qui recherche des synergies entre les instances gouvernementales.

Au Québec, la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) rendue publique en 2016 s'inscrit dans cette optique de collaboration pangouvernementale : 15 ministères et organismes responsables de 28 mesures permettant d'atteindre neuf cibles de santé clairement identifiées (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016). L'une des neuf cibles énoncées de la PGPS consiste à augmenter, d'ici 2025, à 80 % la proportion d'enfants qui commencent leur scolarité sans présenter de vulnérabilité dans cinq domaines de développement : santé physique et bien-être, compétences sociales, maturité affective, développement cognitif et langagier, habiletés de communication et connaissances générales. Plusieurs des facteurs de risque et de protection pour le développement de l'enfant sont communs avec ceux en prévention de la maltraitance. La PGPS est donc un outil sur lequel le gouvernement peut aussi prendre appui pour intensifier la prévention et assurer les meilleures conditions pour que nos enfants se développent à l'abri d'expériences adverses et de stress qui peuvent s'avérer toxiques.

Pour profiter au maximum d'une telle politique, les décideurs devraient porter une attention spéciale à certains aspects, dont ceux de favoriser la qualité des services offerts et de s'assurer que ceux qui peuvent en bénéficier le plus soient rejoints. Les programmes devraient être conçus de manière à répondre aux besoins des familles qui sont touchées par les inégalités sociales et de santé (issues des communautés autochtones, contexte d'immigration, défavorisation, etc.) afin de s'assurer qu'ils participent en grand nombre et obtiennent les meilleurs gains. L'adaptation des services aux personnes en situation de vulnérabilité constitue une voie à privilégier en vue de maximiser les gains de santé et d'assurer une meilleure équité entre les groupes. Par exemple, comme cela a déjà été souligné, bien que le Québec ait réalisé d'importants progrès en ce qui a trait à l'accessibilité des services de garde éducatifs à l'enfance, des efforts restent à faire pour consolider les services de garde éducatifs afin de favoriser l'accessibilité et, par le fait même, leur fréquentation par les enfants issus de milieux défavorisés.

Bien que le Québec soit, parmi les provinces canadiennes, généralement reconnu comme une société ayant limité les inégalités pour les familles avec enfants, il y a néanmoins près de 29 000 familles avec enfants de 0 à 4 ans vivant sous le seuil de faible revenu après impôt, ce qui représente 8,4 % des familles (données tirées du Recensement 2016, Statistique Canada). À Montréal, c'est près de 17 % des familles qui sont dans cette situation. Ces familles ont de la difficulté à trouver un logement salubre et abordable et à se nourrir convenablement, ce qui génère du stress chez les parents, dans un contexte souvent marqué par l'absence d'un soutien social fort. Ces difficultés vécues par les personnes en situation de vulnérabilité sont autant de facteurs de risque reconnus pour la maltraitance envers les

enfants. Les politiques et mesures concernant l'amélioration des conditions de vie des familles (revenu minimum, logement salubre et abordable, emploi de qualité) sont particulièrement importantes. Le Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale 2017-2023 propose des mesures allant dans ce sens.

Le développement des enfants est aussi très préoccupant au regard des inégalités sociales et de santé. Actuellement, au Québec, la proportion d'enfants âgés de 5 ans qui ne sont vulnérables dans aucun domaine de développement est de 72,3 % (EQDEM, 2017). Cette proportion varie de 66,5 % à 78 % selon les régions et peut atteindre des taux alarmants si on regarde les territoires défavorisés. Nous sommes loin de la cible de 80 % fixée dans la PGPS. De plus, nous constatons depuis 2012, date de la première *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle*, que le nombre d'enfants vulnérables sur le plan de leur développement augmente, malgré les engagements chiffrés du gouvernement et les différentes stratégies adoptées (Service de garde éducatif à l'enfance, maternelles 4 ans, Stratégie 0-8 ans, etc.). Cette situation inacceptable nous pose des défis comme société et invite à des efforts supplémentaires pour changer la situation, d'autant plus qu'une analyse économique des expériences adverses de l'enfance démontre que les conséquences en termes de santé se chiffrent à au moins 3 % du PIB des pays (Bellis et collab., 2019). Il est donc hautement profitable pour une société de mettre en place les conditions propices au développement des enfants et à la prévention de la maltraitance. Pour chaque dollar investi en petite enfance, le retour sur investissement est très élevé en termes de gains sur les dépenses en services correctifs (Heckman, 2006).

Comme le plan d'action interministériel de la PGPS arrive à terme en 2021, il y aurait tout lieu pour le gouvernement d'orienter des investissements afin de bonifier le prochain plan d'action interministériel découlant de cette politique et d'intensifier les actions visant à améliorer les conditions de vie des familles et réduire la vulnérabilité développementale des tout-petits et prévenir la maltraitance.

Recommandation pour des politiques cohérentes et concertées

Intensifier la mise en œuvre de la Politique gouvernementale de prévention en santé en investissant les sommes nécessaires pour améliorer les conditions de vie des familles, les services de soutien à la famille et l'accès aux services de garde éducatifs à l'enfance de qualité en milieu défavorisé.

DES ACTIONS S'APPUYANT SUR LES MEILLEURES CONNAISSANCES

Une planification efficace des actions préventives implique de pouvoir compter sur des données mises à jour régulièrement sur l'ampleur du problème, son évolution et ses facteurs associés (Organisation mondiale de la Santé, 2016). L'une des responsabilités des autorités de santé publique est justement de surveiller l'état de santé de la population et les déterminants qui l'influencent. À l'heure actuelle, certaines données concernant les conditions de vie et les difficultés auxquelles sont confrontées les familles ne sont pas disponibles. De plus, les modalités d'accès aux données ne permettent pas toujours de jumeler différentes sources pour obtenir un portrait plus juste de la situation de la maltraitance et des caractéristiques des familles sur les territoires des CISSS/CIUSSS (ex. : le taux de signalements, la prévalence de la violence conjugale, les conditions de vie des familles). Des travaux sont actuellement menés en ce sens par l'Institut universitaire Jeunes en difficulté pour tenter de développer un système d'information sur les contextes et les efforts de l'intervention sociale.

Le développement d'une stratégie pour mieux surveiller la violence et la maltraitance envers les enfants et les facteurs qui y sont associés permettrait : 1) d'identifier les zones d'action prioritaires, 2) d'adapter l'offre de services en fonction des besoins des territoires, 3) de cibler les populations les plus à risque, 4) de suivre l'évolution de la situation et 5) d'évaluer les effets des interventions préventives et des services mis en place. Ainsi, il nous apparaît nécessaire de confier aux acteurs de santé publique le mandat de développer un système de surveillance de la maltraitance et de ses déterminants dans le respect de l'article 34 de la Loi de santé publique du Québec.

En plus des activités de surveillance, les décideurs, le réseau de la santé et des services sociaux et les communautés doivent pouvoir appuyer leurs actions sur les meilleures connaissances scientifiques et s'inspirer des pratiques innovantes. À ce titre, le Québec peut compter sur une expertise solide dans les domaines du développement de l'enfant et de la maltraitance. De récents ouvrages scientifiques en témoignent (Tarabulsky et collab., 2019; Dufour et Clément, 2019). Afin de préserver cette expertise, le milieu de la recherche doit pouvoir poursuivre le développement des connaissances, mais aussi faire en sorte que ces connaissances servent à la planification des services de prévention. Ainsi, il importe de soutenir la recherche scientifique dans le domaine, par exemple par l'octroi de subventions pour l'inclusion d'une composante « évaluation » au moment d'implanter des interventions. La mise en place de mécanismes de transfert de connaissances pour faciliter l'appropriation par les gestionnaires et les intervenants des données issues de la recherche doit aussi être assurée. Trop souvent, les connaissances produites par les chercheurs dans le domaine ne se rendent pas aux gestionnaires qui planifient les services ni aux intervenants qui les dispensent (Tarabulsky et collab., 2019). Pour faciliter la mise en place de conditions favorisant le recours aux meilleures données et à des pratiques innovantes en matière de prévention de la maltraitance envers les enfants, il nous apparaît nécessaire de confier à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le rôle de centre de référence provincial. Cet organisme pourrait avoir le mandat d'arrimer les expertises, de rendre disponibles les données sur la question et d'accompagner les réflexions sur le choix des meilleures pratiques à mettre de l'avant au Québec pour prévenir la maltraitance.

Recommandation sur l'accès aux meilleures connaissances

Mettre en place les conditions pour favoriser le recours aux meilleures données et à des pratiques innovantes en matière de prévention de la maltraitance envers les enfants :

- Confier au réseau de santé publique le mandat de développer un système de surveillance de la maltraitance et de ses déterminants dans une perspective populationnelle.
- Confier à l'Institut national de santé publique du Québec le mandat de mobiliser les expertises, de soutenir l'implantation et l'évaluation des interventions en prévention de la maltraitance, et de mettre en place des mécanismes de transfert et d'appropriation des connaissances.
- Soutenir la recherche sur les meilleures pratiques en prévention de la maltraitance.

CONCLUSION

Dans ce mémoire, les DRSP soulignent l'immense importance de la maltraitance comme problème de santé publique. Les facteurs de risque en cause, dont plusieurs menacent aussi le développement de l'enfant, ainsi que les stratégies de prévention recommandées ont été présentés. Les dernières sections ont porté sur les mesures de prévention en place au Québec, les défis rencontrés dans leur implantation et les manques à combler. Enfin, des cibles d'action précises ont été proposées pour renforcer les mesures en place afin de se rapprocher des standards internationaux en prévention de la violence à l'égard des enfants.

Il y a certes eu des avancées au Québec depuis les dernières décennies pour les familles et les tout-petits : le déploiement du programme de visites à domicile SIPPE, la mobilisation des communautés avec une meilleure réponse des organismes aux besoins des familles, dont celles en situation de vulnérabilité, des politiques gouvernementales améliorant l'offre de services, tels les CPE, et les conditions de vie des familles, sans oublier les nouvelles connaissances et initiatives des nombreux chercheurs québécois dans ce domaine. Il reste toutefois du chemin à faire et il faut accélérer le pas.

Les transformations du système de santé et la précarité du soutien à la prévention ont perturbé et même freiné certaines de ces avancées. La fin annoncée du financement d'Avenir d'enfant fragilise le travail collectif au sein des communautés. Des barrières à l'accès à des services essentiels pour les familles en situation de vulnérabilité persistent, notamment pour les services éducatifs de garde de qualité. L'offre de services préventifs s'avère incomplète en matière de soutien aux pratiques parentales. Enfin, trop d'enfants et leurs familles vivent dans des conditions socioéconomiques difficiles, une courbe dangereuse comme nous le rappelait si bien le rapport Bouchard.

Les directrices et directeurs de santé publique croient fermement qu'ensemble nous pouvons faire mieux pour soutenir tous les parents, assurer des communautés bienveillantes, prendre des décisions gouvernementales cohérentes et concertées, et fédérer les nombreuses expertises pour éclairer ces décisions et l'action. Le Québec a le devoir et les moyens de faire preuve d'audace et de courage pour ses tout-petits.

RÉFÉRENCES

AFIFI, T. O., H. L. MACMILLAN, M. BOYLE, K. CHEUNG, T. TAILLIEU, S. TURNER et J. SAREEN (2016). « Child abuse and physical health in adulthood », *Health reports*, vol. 27, n° 3, p. 10-18.

AFIFI, T. O., H. L. MACMILLAN, M. BOYLE, T. TAILLIEU, K. CHEUNG et J. SAREEN (22 avril 2014). « Child abuse and mental disorders in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, p. cmaj.131792.

ANDA, R. F., V. J. FELITTI, J. D. BREMNER, J. D. WALKER, C. WHITFIELD, B. D. PERRY, S. R. DUBE et W. H. GILES (avril 2006). « The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood », *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, vol. 256, n° 3, p. 174-186.

AVENIR D'ENFANTS (octobre 2019). *Le récit d'un projet collectif en petite enfance au Québec. Bilan d'Avenir d'enfants*.

BEAUREGARD, D., J. LAVERDURE 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 Québec.

BELLIS, M. A., K. HUGHES, K. FORD, G. R. RODRIGUEZ, D. SETHI et J. PASSMORE (1 octobre 2019). « Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis », *The Lancet Public Health*, vol. 4, n° 10, p. e517-e528.

BELLIS, M. A., K. HUGHES, N. LECKENBY, K. A. HARDCASTLE, C. PERKINS et H. LOWEY (30 août 2014). « Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood experiences in England: a national survey », *J Public Health (Oxf)*, n° 1741-3850 (Electronic).

BILODEAU, A., C. LEFEBVRE, S. DESHAIES, F. GAGNON, R. BASTIEN, J. BÉLANGER, Y. COUTURIER, M. POTVIN et N. CARRIGAN (2011). « Les interventions issues de la collaboration école-communauté dans quatre territoires montréalais pluriethniques et défavorisés », *Service social*, vol. 57, n° 2, p. 37-54.

BLACKSTOCK, C. et N. TROCMÉ (2005). « Community-based child welfare for Aboriginal children: supporting resilience through structural change », *Social Policy Journal of New Zealand*, n° 24, p. 12-33.

BLACKSTOCK, C., N. TROCMÉ et M. BENNETT (2004). « Child Maltreatment Investigations Among Aboriginal and Non-Aboriginal Families in Canada », *Violence Against Women*, vol. 10, n° 8, p. 901-916.

BOWES, J. et R. GRACE (2014). *Review of early childhood parenting, education and health intervention programs for Indigenous children and families in Australia*, Australian Government, « Resource sheet no. 8, produced for the Closing the Gap Clearinghouse ».

BRITAIN, M. et C. BLACKSTOCK (2015). *First Nations Child Poverty: A Literature Review and Analysis*, Edmonton, First Nations Children's Action Research and Education Service.

CLÉMENT, M.-È. (2019). « La violence physique envers les enfants », dans S. Dufour et M.-È. Clément (dir.), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*, Anjou, Les éditions CEC, p. 15-32.

CLÉMENT, M.-È., M.-H. GAGNÉ et S. HÉLIE (2018). « La violence et la maltraitance envers les enfants », dans J. Laforest, P. Maurice et L. M. Boucharde (dir.), *Rapport québécois sur la violence et la santé*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, p. 23-54.

CLÉMENT, M.-È., D. JULIEN, S. LÉVESQUE et J. FLORES (2019). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018 : Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4^e édition de l'enquête*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

COMEAU, L., N. DESJARDINS et J. POISSANT (2013). *Avis scientifique sur les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). *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.

COUTURIER, Y., C. LEFEBVRE, A. BILODEAU et R. BASTIEN (2013a). « Éléments pour la modélisation d'une pratique professionnelle d'intervention socio-éducative basée sur la collaboration École-Famille-Communauté : un Milieu ouvert sur ses écoles », *Service social*, vol. 59, n° 2, p. 16-30.

COUTURIER, Y., C. LEFEBVRE, A. BILODEAU et R. BASTIEN (2013b). « La compétence à lire et acter les finalités effectives de l'école dans un dispositif partenarial École-Communauté comme condition de réalisation de l'intervention socio-éducative », *Phronesis*, vol. 2, n° 2-3, p. 36-42.

DIRECTEURS DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE / DIRECTEURS PROVINCIAUX (2019). *40 ans d'expertise pour bâtir l'avenir. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse - directeurs provinciaux 2019*, Québec, Gouvernement du Québec.

DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CIUSSS DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE MONTRÉAL (2016). *Consultation publique sur la réussite éducative : mémoire du directeur régional de santé publique de Montréal*.

DUFOUR, S. (2019). « Enjeux en recherche et en intervention dans les situations de violence à l'égard des enfants en milieu familial », dans S. Dufour et M.-È. Clément (dir.), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*, Anjou, Les éditions CEC, p. 1-14.

DUFOUR, S. et M.-È. CLÉMENT (dir.) (2019). *La violence à l'égard des enfants en milieu familial* 2^e édition., Anjou, Les éditions CEC.

EID, P., M. TURENNE et J. MAGLOIRE (2011). *Profilage racial et discrimination systémique des jeunes racisés*, Québec, Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.

FAISCA RICHER, E. ROBERT, M. BOILEAU-FALARDEAU et A. MCNEIL GAUTHIER (2018). Supporting Aboriginal families Eeyou Ischtee: lessons from the Â Mashkûpímâtsît Awash initiative. *Canadian Journal of Public Health* (August 2018) <https://doi.org/10.17269/s41997-018-0092-z>

FELITTI, V. J., R. F. ANDA, D. NORDENBERG, D. F. WILLIAMSON, A. M. SPITZ, V. EDWARDS, M. P. KOSS et J. S. MARKS (mai 1998). « Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, n° 4, p. 245-258.

FLORES, J., J. LAFOREST et K. JOUBERT (2016). *La violence vécue par les Québécois avant l'âge de 16 ans et la santé à l'âge adulte: quels sont les liens?*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

FORTSON, B. L., J. KLEVENS, M. T. MERRICK, L. K. GILBERT et S. P. ALEXANDER (2016). *Preventing child abuse and neglect: A technical package for policy, norm, and programmatic activities*, Atlanta, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.

GAGNÉ, M.-H. et C. BACQUE DION (Printemps 2018). *Effets positifs du programme Triple P– Pratiques Parentales Positives chez des familles québécoises*, Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, Université Laval, « Collection phare ».

- GAGNÉ, M.-H. et J. GOULET (2017). *Les mesures collectives et les politiques publiques qui contribuent à prévenir la maltraitance envers les enfants de 0 à 5 ans*, Montréal, Observatoire des tout-petits.
- GAGNÉ, M.-H., C. MALO et C. MELANÇON (2019). « Interventions en matière de maltraitance psychologique envers les enfants », dans M.-È. Clément et S. Dufour (dir.), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*, Anjou, Les éditions CEC, p. 65-76.
- GAGNÉ, M.-H., M.-C. RICHARD et C. DUBÉ (2015). *Prévenir la maltraitance des enfants par le soutien au rôle parental Différenciation du système Triple P par rapport aux autres programmes en usage au Québec*, Québec, Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, Université Laval.
- GENDRON, S., G. DUPUIS, J. MOREAU, J. LACHANCE-FIOLA et F. DUPUIS (2014). *Évaluation du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 1 évaluation de l'actualisation du PSJP: l'axe accompagnement des familles*, Montréal, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- GILBERT, L., D. GODDARD-ECKRICH, T. HUNT, X. MA, M. CHANG, J. ROWE, T. MCCRIMMON, K. JOHNSON, S. GOODWIN, M. ALMONTE et S. A. SHAW (juillet 2016). « Efficacy of a Computerized Intervention on HIV and Intimate Partner Violence Among Substance-Using Women in Community Corrections: A Randomized Controlled Trial », *American journal of public health*, vol. 106, n° 7, p. 1278-1286.
- GOWLING WLG2016 [cited 2016 Jun 10]; Available from: <https://gowlingwlg.com/fr/canada/insights-resources/le-canada-exerce-de-la-discrimination-envers-les-enfants-autochtones-le-tribunal-canadien-des-droits-de-la-personne>
- GREENWOOD, M. L. et S. N. DE LEEUW (2012). « Social determinants of health and the future well-being of Aboriginal children in Canada », *Paediatrics & Child Health*, vol. 17, n° 7, p. 381-384.
- HECKMAN, J. J. (30 juin 2006). « Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children », *Science* (New York, N.Y.), vol. 312, n° 5782, p. 1900-1902.
- HÉLIE, S., D. COLLIN-VÉZINA, N. TROCMÉ et D. TURCOTTE (2017). *Étude d'incidence québécoise sur les signalements évalués en protection de la jeunesse en 2014 (ÉIQ-2014). Rapport final déposé à la Direction des jeunes et des familles du MSSS*, Montréal, Centre intégré universitaire de santé et services sociaux-Centre sud de l'Île-de-Montréal.
- HILLIS, S., J. MERCY, A. AMOBI et H. KRESS (25 janvier 2016). « Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates », *Pediatrics*, p. peds.2015-4079.
- IATTONI, B. et D. GUAY (2019). *Cadre de référence du programme Interventions éducatives précoces 2019*. Montréal, Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- IRWIN, L. G., A. SIDDIQI et C. HERTZMAN (2007). *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur. Rapport final*, Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé.
- KELLY-SCOTT, K. (2016). Les peuples autochtones: Feuillet d'information du Québec [Internet]. Ottawa, Ontario: Statistique Canada; 2016. Available from: <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-656-x/89-656-x2016006-fra.htm>
- LACHARITÉ, C. (2019). « Interventions en matière de négligence envers les enfants », dans S. Dufour et M.-È. Clément (dir.), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*, Anjou, Les éditions CEC, p. 119-136.
- LAFOREST, J., P. MAURICE et L.-M. BOUCHARD (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec.

LAURIN, I., D. GUAY, S. DE BLOIS, S. DUFOUR, M. LORD, C. LAVERGNE et M.-C. RUFAGARI (2019). *Les ateliers Espace Parents sur le rôle parental en contexte d'immigration : évaluation d'implantation de la collaboration entre les organismes communautaires ayant une mission d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants, et les CLSC*. Montréal, Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

LAURIN, I., V. MARTIN et N. BIGRAS (2019a). *Portrait du parcours éducatif préscolaire des enfants montréalais et son effet sur leur développement à la maternelle selon le statut socioéconomique*. Montréal, Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

LAURIN, I., V. MARTIN et N. BIGRAS (2019b). *Portrait montréalais de l'accessibilité aux centres de la petite enfance (CPE). Selon la défavorisation et la proportion d'enfants vulnérables dans deux domaines ou plus du développement*. Montréal, Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

LAVERGNE, C. et S. DUFOUR (2019). « Interventions en matière de violence physique envers les enfants », dans M.-È. Clément et S. Dufour (dir.), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*, Anjou, Les éditions CEC, p. 33-48.

LAVERGNE, C., S. DUFOUR et D. COUTURE (2014). « Disproportion des enfants issus des groupes racialisés dans le système de protection de la jeunesse à Montréal : point de vue d'intervenants sociaux sur les causes et les pistes de solution », *Revue internationale sur la recherche en interculturel*, vol. 4, n° 1, p. 17-30.

LAVERGNE, C., M.-J. ROBICHAUD et J. SARMIENTO (en préparation). *Disproportion des enfants racisés comparativement aux enfants issus au groupe majoritaire dans le système de protection de la jeunesse au Québec*.

LAVOIE, A. et C. FONTAINE (2016). *Mieux connaître la parentalité au Québec. Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015*, Québec, Institut de la Statistique du Québec.

LAVOIE-TAYLOR, G. (2017). *Analyse qualitative du contenu des signalements retenus à la protection de la jeunesse et leur évaluation pour les enfants des minorités ethnoculturelles*. Mémoire de maîtrise en psychoéducation, Université de Montréal.

MILDONE, R. et M. POLIMENI (2012). *Parenting in the early years: effectiveness of parenting support programs for Indigenous families*, Australian Government, « Resource sheet no. 16 produced for the Closing the Gap Clearinghouse ».

MILOT, T., M.-È. GRISÉ BOLDU, A. GASCON, J. TURGEON et D. ST-LAURENT (2019). « La négligence envers les enfants », dans S. Dufour et M.-È. Clément (dir.), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*, Anjou, Les éditions CEC, p. 103-118.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025. Pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé. Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*, Québec, Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (2018). *La prévention de la violence au Québec : une responsabilité individuelle et collective*, [Huitième rapport du directeur national de santé publique], 76 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2019). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité - Cadre de référence (SIPPE)*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*, Québec, Gouvernement du Québec.

NORMAN, R. E., M. BYAMBAA, R. DE, A. BUTCHART, J. SCOTT et T. VOS (2012). « The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis », *PLOS Medicine*, vol. 9, n° 1549-1676 (Electronic), p. e1001349.

OBSERVATOIRE DES TOUT-PETITS (2017). *Violence et maltraitance. Les tout-petits québécois sont-ils à l'abri?*, Montréal, Observatoire des tout-petits.

OLDS, D. L., J. ECKENRODE, C. R. HENDERSON, H. KITZMAN, J. POWERS, R. COLE, K. SIDORA, P. MORRIS, L. M. PETTITT et D. LUCKEY (27 août 1997). « Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial », *JAMA*, vol. 278, n° 8, p. 637-643.

OLDS, D. L., C. R. HENDERSON, R. CHAMBERLIN et R. TATELBAUM (juillet 1986). « Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation », *Pediatrics*, vol. 78, n° 1, p. 65-78.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2009). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2015). *INSPIRE: sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants*, Organisation mondiale de la Santé.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2016). *INSPIRE: sept stratégies pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

POIRIER, L.-R., R. PINEAULT, M. GUTIÉRREZ, L.-P. VIEN et J. MORISSET (2019). *Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025: analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance: rapport d'évaluation*, Montréal, Institut national de santé publique du Québec.

PRINZ, R. J., M. R. SANDERS, C. J. SHAPIRO, D. J. WHITAKER et J. R. LUTZKER (mars 2009). « Population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple P system population trial », *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, vol. 10, n° 1, p. 1-12.

PROJET CONSTELLATION (2017). *SIPPE - volet soutien à la création d'environnements favorables (scef) Programme régional - Santé périnatale et petite enfance - Plateau Mont-Royal*, Montréal, Projet Constellation, Horizon 0-5.

RICHARD, M., S. DUFOUR, S. COPPRY, C. LAVERGNE, J. MARTIN et M.-C. RUFAGARI (2018). « Les ateliers Espace Parents : analyse de la genèse d'une intervention de soutien à l'adaptation du rôle parental en contexte d'immigration | Revue Intervention », *Intervention*, n° 148, p. 5-15.

ROBICHAUD, M.-J. (2017). *L'évaluation en contexte interculturel : les processus de prise de décision des professionnelles des services de protection de la jeunesse*. Thèse de doctorat en travail social, Université de Montréal.

SANDERS, M. R. (août 2008). « Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting », *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, vol. 22, n° 4, p. 506-517.

SANDERS, M. R., J. N. KIRBY, C. L. TELLEGEN et J. J. DAY (juin 2014). « The Triple P-Positive Parenting Program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support », *Clinical Psychology Review*, vol. 34, n° 4, p. 337-357.

SIMS, M. (2011). *Early childhood and education services for Indigenous children prior to starting school*, Australian Government, « Resource sheet no. 7 produced for the Closing the Gap Clearinghouse »

ST-LOUIS, M.-P. (2017). *Les facteurs de réussite pour mieux rejoindre les familles isolées et répondre à leurs besoins*, Montréal, Projet Constellation, Horizon 0-5.

STOLTENBORGH, M., M. J. BAKERMANS-KRANENBURG, L. R. A. ALINK et M. H. IJZENDOORN (1 février 2015). « The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses », *Child Abuse Review*, vol. 24, n° 1, p. 37-50.

TABLE DE CONCERTATION DES ORGANISMES AU SERVICE DES PERSONNES RÉFUGIÉES ET IMMIGRANTES (TCRI) (2019). *Les parents immigrants et leurs tout-petits : défis et pistes d'action. Perspective des organismes communautaires au service des nouveaux arrivants*.

TARABULSY, G. M., J. POISSANT, T. SAÏAS et C. DELAWARDE (dir.) (2019). *Programmes de prévention et développement de l'enfant: 50 ans d'expérimentation*, Québec (Québec), Presses de l'Université du Québec, « D'enfance », 16.

THERRIEN, L. (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, Ministère de la santé et des services sociaux.

TURGEON, N. R., M.-H. GAGNÉ, M-È. CLÉMENT et C. CHAMBERLAND (2019). « La maltraitance psychologique envers les enfants », dans S. Dufour et Marie-Ève Clément (dir.), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*, Anjou, Les éditions CEC, p. 49-64.

WHITAKER, D. J., J. R. LUTZKER et G. A. SHELLEY (août 2005). « Child maltreatment prevention priorities at the Centers for Disease Control and Prevention », *Child Maltreatment*, vol. 10, n° 3, p. 245-259.

ANNEXE

FACTEURS DE RISQUE DE MALTRAITANCE ENVERS LES ENFANTS, SELON LEUR NIVEAU ÉCOLOGIQUE

FACTEURS INDIVIDUELS (ENFANTS)
Sexe (garçons) et âge (jeune)
Troubles externalisés (ex. : troubles de comportement)
Troubles internalisés (ex. : dépression, anxiété)
Problèmes médicaux (ex. : prématurité, retards de développement)
Faibles compétences sociales
FACTEURS INDIVIDUELS (PARENTS)
Grossesse non désirée
Tempérament du parent (ex. : agressif, impulsif)
Troubles de santé mentale (ex. : dépression, anxiété)
Consommation abusive (ex. : abus d'alcool, de drogues)
Faible niveau d'empathie
Attitudes d'attribution négatives
Faible estime de soi
Stress parental (ex. : enfant perçu difficile, faible sentiment de compétence parentale)
Événements de vie stressants (ex. : divorce, problèmes de santé, problèmes légaux)
Maltraitance dans l'enfance/relation difficile avec parents
Activité criminelle (ex. : comportement violent)
FACTEURS FAMILIAUX
Relation parent-enfant difficile (ex. : troubles de l'attachement)
Pratique coercitive (ex. : punition corporelle)
Conflits familiaux
Faible satisfaction conjugale
Violence conjugale
Faible cohésion familiale
FACTEURS SOCIOÉCONOMIQUES ET CULTURELS
Monoparentalité
Plusieurs enfants vivant sous le même toit
Faible soutien social
Sans emploi (ex. : chômage, aide sociale)
Faible statut socioéconomique (ex. : pauvreté, quartier défavorisé, mobilité résidentielle)
Normes légales et culturelles (ex. : tolérance envers la violence, loi, perception de l'enfant)
FACTEURS TEMPORELS
Événements de vie stressants (ex. : divorce, problèmes de santé, problèmes légaux)
Entrée à l'école (primaire et secondaire)

Tiré de Clément, Gagné et Hélie (2018).

