

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Guide régional pour le *Soutien à la création d'environnements favorables* du programme SIPPE

Orientations 2013 - 2016



notre monde

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Guide régional pour le *Soutien à la création d'environnements favorables* du programme SIPPE

Orientations 2013 - 2016

Leah Walz

Octobre 2013

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec 

Une réalisation des secteurs Tout-petits – Jeunes
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.dsp.santemontreal.qc.ca

RÉDACTION

Leah Walz
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de
Montréal

COMITÉ DE RELECTURE

Danielle Durand
Monique Elliott
Danielle Guay
Isabelle Laurin
Christine Lefebvre
Yolande Marchand
Francine Trickey
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de
Montréal

MISE EN PAGE

Charles Tétrault

RÉVISION LINGUISTIQUE

Monique Messier

COMITÉ DE RÉFLEXION

Luc Paradis
Geneviève Beauchamp
Centre de santé et de services sociaux de
Dorval-Lachine-Lasalle

Lucie Séguin
Mélanie Sylvestre
Centre de santé et de services sociaux
d'Ahuntsic et Montréal-Nord

Marie-Danielle Girouard
Centre de santé et de services sociaux de
Saint-Léonard et Saint-Michel

Julie Beauvais
Laurence Boucheron
Élisabeth Rivest
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux
de Montréal

Nous tenons à remercier les nombreux partenaires des CSSS et instances de concertation pour leurs différents apports et réflexions permettant d'enrichir le texte.

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2013)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89673-321-7 (version PDF)
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2013

Table des matières

Mot du directeur.....	iii
I Introduction	1
II Les fondements du SCEF	2
1. L'objectif du SCEF	2
2. Les populations visées.....	3
3. Des exemples de projets possibles	3
4. Les principes du développement des communautés.....	4
5. L'approche écologique	5
III Les processus à privilégier au niveau local.....	6
1. La mobilisation des partenaires	7
2. La recherche d'une vision commune et des modes de fonctionnement.....	8
3. L'analyse du milieu et des besoins des familles, et l'identification des priorités d'action	9
4. Le choix des actions et l'élaboration du plan d'action intersectoriel	11
5. La mise en œuvre et l'évaluation du plan d'action et des projets	12
IV Les instances, leurs mandats, rôles et responsabilités.....	13
V Conclusion.....	15
Bibliographie.....	17
Fascicules complémentaires	
<hr/>	
Fascicule complémentaire A: Les déterminants sociaux de la santé	23
Fascicule complémentaire B : Exemples de préoccupations locales et de pistes de solution	25
Fascicule complémentaire C : L'arrimage avec l' <i>Accompagnement des familles</i> (AF)	30
Fascicule complémentaire D : Principes du développement des communautés.....	31
Fascicule complémentaire E : Facteurs favorisant et contraignant la participation des familles au processus d'action intersectorielle.....	33
Fascicule complémentaire F : Les trajectoires de financement	31

« Chacun d'entre vous est sa propre personne, dotée de droits, dont le droit au respect et à la reconnaissance de sa dignité. Chacun d'entre vous mérite de prendre le meilleur départ possible dans la vie, de faire les meilleures études possibles, d'avoir l'occasion de développer tout son potentiel et la possibilité de participer de façon fructueuse à la vie de sa communauté. »

Nelson Mandela et Graça Machel (UNICEF, 2000 – cité dans OMS, 2008 :50)

Mot du directeur

Le programme des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (SIPPE) a été mis sur pied dans le réseau de la santé et des services sociaux pour soutenir les familles vivant en contexte de vulnérabilité et pour promouvoir la santé, le bien-être et le développement optimal des enfants. À Montréal, les SIPPE contribuent – de concert avec d’autres programmes, services et actions – à la réalisation de deux objectifs du *Plan régional de santé publique 2010-2015* (DSP, 2011), soit de faire en sorte que les enfants naissent et se développent en santé, et de lutter contre les inégalités sociales de santé auprès de la population montréalaise.

Le présent guide s’inscrit dans la suite des rapports *Pour optimiser la composante accompagnement des familles des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (DSP, 2007) et *Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l’intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (Comité conseil postchantiers sur les SIPPE, 2011), dans le but d’optimiser le programme SIPPE. Il répond aux demandes exprimées par des intervenants et des gestionnaires engagés dans le *Soutien à la création d’environnements favorables* (SCEF) au sein des centres de santé et de services sociaux (CSSS), et par des acteurs des instances de concertation intersectorielle de clarifier les balises pour la mise en œuvre du SCEF au niveau local.

S’appuyant en grande partie sur les connaissances et expériences acquises au fil des années par les acteurs travaillant au sein des concertations intersectorielles, ce guide a été élaboré en collaboration avec des partenaires des CSSS et du milieu communautaire. De plus, une première version du guide a été mise en expérimentation durant l’année 2012-2013, assortie d’une démarche de consultation, dont l’objectif était de profiter de l’expertise de nos partenaires et de bonifier le contenu du guide. Nous tenons à remercier tous ceux et celles qui y ont participé.

Ce guide ne remplace pas le *Cadre de référence du programme SIPPE*. Il se veut un outil plus concret et adapté aux réalités montréalaises. Or, les milieux sont encouragés à s’en servir pour alimenter leur réflexion et pour soutenir la mise en œuvre locale du *Soutien à la création d’environnements favorables* (SCEF).

Le directeur de santé publique,



Richard Massé, M.D.

I Introduction

Depuis 2003, la région de Montréal investit dans des actions et des projets en milieu communautaire dans le cadre de la composante *Soutien à la création d'environnements favorables* (SCEF) du programme *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (SIPPE). Au cours des dernières années, le contexte de la mise en œuvre du SCEF a changé; entre autres, la responsabilité populationnelle a été transférée aux CSSS et d'autres programmes-services et bailleurs de fonds faisant appel à la mobilisation des communautés et à l'action intersectorielle sont apparus.

Étant donné que les réalités locales ont changé, il était important de réfléchir à la création de nouveaux outils pour soutenir la mise en œuvre du SCEF. À cet égard, ce guide vise à répondre aux demandes des partenaires locaux de clarifier les orientations, les processus privilégiés, les rôles et les responsabilités des divers acteurs dans le cadre du SCEF. Ce guide s'adresse ainsi à tous les partenaires engagés dans la mise en œuvre du SCEF au niveau local, soit aux professionnels et aux gestionnaires des CSSS, aux personnes qui travaillent au sein des organismes communautaires et aux participants œuvrant dans les regroupements intersectoriels concernés par la réponse aux besoins des enfants et de leur famille.

S'appuyant sur le cadre de référence des SIPPE (2004), le guide aborde les éléments suivants :

- les **fondements** du SCEF,
- les **processus à privilégier** au niveau local et
- les **rôles et responsabilités** des différentes instances,

auxquels s'ajoutent des **fascicules complémentaires** qui portent sur :

- la définition des déterminants sociaux de la santé,
- des exemples de préoccupations locales et des pistes de solution,
- des moyens pour favoriser l'arrimage avec la composante *Accompagnement des familles* du programme SIPPE,
- un résumé des principes du développement des communautés,
- des facteurs favorisant et contraignant la participation des familles aux processus d'action intersectorielle et
- la distinction entre les trajectoires de financement 1, 2 et 3.

Ce document, élaboré en collaboration avec des partenaires des CSSS et du milieu communautaire, vise à guider les CSSS et les instances de concertation intersectorielle responsables du SCEF dans l'utilisation des sommes issues de la mesure SCEF. La DSP peut offrir un accompagnement personnalisé pour répondre aux demandes des CSSS et des milieux, et soutenir la mise en œuvre locale du SCEF.

N.B. : La présente version du guide sera en vigueur de 2013 à 2016. Les balises énoncées ne représentent pas des paramètres rigides qu'il faut suivre à la lettre et les milieux ne sont pas obligés d'implanter immédiatement les processus privilégiés. Cependant, la DSP encourage chaque milieu à prendre connaissance des orientations régionales et à réfléchir aux ajustements souhaitables au niveau local. Il appartient à chaque milieu – selon sa réalité et son rythme – d'identifier les meilleurs moyens pour favoriser la concertation et pour répondre aux besoins des enfants et de leur famille.

Les fondements du SCEF

Cette section a pour but de clarifier les fondements du SCEF. Elle comprend :

- 1) Une mise à jour régionale de l'objectif du SCEF;
- 2) Des précisions sur les populations visées par le SCEF;
- 3) Des exemples de projets possibles dans le cadre du SCEF;
- 4) Une introduction aux principes du développement des communautés;
- 5) Une explication des fondements écologiques du SCEF.

1. L'objectif du SCEF

Le SCEF vise à *soutenir la création d'environnements favorables à la santé, au bien-être et au développement optimal de l'enfant en agissant sur les **déterminants sociaux de la santé** des enfants et de leur famille.*

Environnements favorables à la santé, au bien-être et au développement optimal de l'enfant

C'est l'ensemble des éléments de nature physique, socioculturelle, politique et économique qui exercent une influence positive sur la santé, le bien-être et le développement optimal des enfants. Suivant l'approche écologique, ces déterminants sociaux de la santé peuvent se trouver au niveau de l'enfant, de la famille, de la communauté ou de l'environnement global et doivent être considérés dans la complexité de leurs interrelations (adapté de MSSS, 2012a:17).

Déterminants sociaux de la santé (DSS)

Selon l'OMS, les déterminants sociaux de la santé peuvent se définir comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent » (CDSS, 2009). Ces déterminants sont souvent divisés en cinq catégories sur lesquelles il est possible d'agir:

- Conditions de vie/conditions socioéconomiques;
- Milieux de vie/environnements sociaux;
- Environnement physique;
- Organisation des services sociaux et de santé, ainsi que l'accès aux ressources;
- Habitudes de vie et autres comportements liés à la santé et au bien-être.

(Voir le **Fascicule complémentaire A** pour des définitions des DSS).

2. Les populations visées

Le SCEF vise *l'ensemble des familles avec jeunes enfants d'un territoire donné en portant une attention particulière à celles qui sont les plus vulnérables.*¹ Il est important de répondre aux besoins des enfants et des familles les plus démunies tout en promouvant leur intégration dans la communauté. Ceci contribue à la solidarité sociale, à *l'empowerment* des familles et des communautés ainsi qu'à la réduction des **inégalités sociales de santé**. Cependant, comme les familles les plus vulnérables ont moins souvent recours aux ressources et aux services, et qu'elles participent moins à la vie citoyenne, il est essentiel de planifier et d'adapter les projets et les actions mis en place pour mieux les rejoindre et les soutenir.

Inégalités sociales de santé (ISS)

Les inégalités sociales de santé se définissent par des « différences dans l'état de santé qui existent de façon systématique entre les groupes socioéconomiques ». En d'autres mots, outre les facteurs qui influencent la santé comme l'âge, le sexe, la génétique ou l'exposition à un risque infectieux, il existe des écarts de santé qui sont systématiques, produits socialement et évitables (Whitehead et Dahlgren 2006). L'expression « inégalité sociale de santé » réfère à ces écarts de santé systémiques et socialement construits (DSP, 2012:7).

3. Des exemples de projets possibles

Le financement octroyé à une instance de concertation locale, via le CSSS, pour le SCEF sert à développer ou à consolider des projets et des actions entrepris par des organismes communautaires ou des instances de concertation et répondant aux besoins des enfants et de leur famille.

Ces projets permettent d'intervenir directement auprès des enfants, de soutenir des parents pour qu'ils puissent exercer leur rôle de premier éducateur, d'améliorer les conditions de vie des familles, de s'assurer que les enfants et les familles aient accès à des ressources et à des services de qualité dans leur communauté ou de favoriser des transformations au sein de l'environnement global.



IMPORTANT : tel qu'indiqué dans le Cadre de référence national, le SCEF a été conçu pour encourager d'abord la mise en œuvre de projets collectifs, développés en partenariat et basés sur l'expertise de divers secteurs, « des projets qui, a priori, n'appartiennent en propre à aucune organisation » (MSSS, 2003 : 42).

Voici des exemples de projets possibles :

- *Sécurité et stimulation de l'enfant* (ex.: création ou consolidation de milieux de vie stimulants pour les jeunes enfants);
- *Transport* (ex.: sensibilisation de la STM aux défis de transport des familles du quartier et proposition de modifications aux trajets d'autobus);
- *Soutien et engagement parental* (ex.: collaboration à la création de groupes de soutien et d'entraide entre parents);

¹ La « vulnérabilité » n'est pas facile à définir et les caractéristiques des familles les plus vulnérables varient d'une communauté à l'autre. Des éléments à considérer sont : l'âge des parents, la sous-scolarisation, le niveau de revenu, le statut d'immigration, l'état de santé (physique ou mental), le niveau d'isolement ou d'exclusion sociale, etc. Il est important de noter que le SCEF vise une population plus élargie que la composante *Accompagnement des familles* (AF) du programme SIPPE. L'AF, déployée par les équipes interdisciplinaires des CSSS, cible d'abord les femmes enceintes ou les mères sous le seuil de faible revenu et sans diplôme d'études secondaires ou professionnelles.

- *Logement* (ex.: concertation avec une autre instance qui se mobilise au niveau du logement afin de s’assurer qu’on tient compte des besoins des familles avec de jeunes enfants);
- *Services de garde et de répit* (ex.: offre de haltes-garderies ou de services de garde à temps partiel pour permettre aux parents de participer aux activités d’un organisme communautaire);
- *Emploi et scolarité* (ex.: mise en place d’un projet pour favoriser le retour aux études ou à l’emploi des parents avec de jeunes enfants);
- *Soutien matériel et alimentaire* (ex.: conception de projets collectifs visant à permettre aux familles de mieux s’alimenter);
- *Culture et loisirs* (ex.: organisation d’activités sociales à l’échelle des quartiers);
- Etc.

(Voir le **Fascicule complémentaire B** pour d’autres exemples concrets de projets du SCEF.)

4. Les principes du développement des communautés

À Montréal, le financement provenant du SCEF permet de soutenir des projets et des actions communautaires qui contribuent à promouvoir la santé, le bien-être et le développement optimal des enfants de 0 à 5 ans et qui répondent aux besoins identifiés et priorisés par les instances de concertation locales. À cet égard, le SCEF peut contribuer au **développement des communautés**² et s’inspire de ses principes, c’est-à-dire :

- La **participation** des personnes et des communautés dans les processus décisionnels;
- Des stratégies de **réduction des inégalités**;
- L’**empowerment** (ou le renforcement du pouvoir d’agir) individuel et communautaire;
- La concertation, le partenariat et l’**intersectorialité**;
- L’harmonisation et la promotion des **politiques publiques** favorables à la santé.

(Voir le **Fascicule complémentaire D** pour une explication de ces principes)

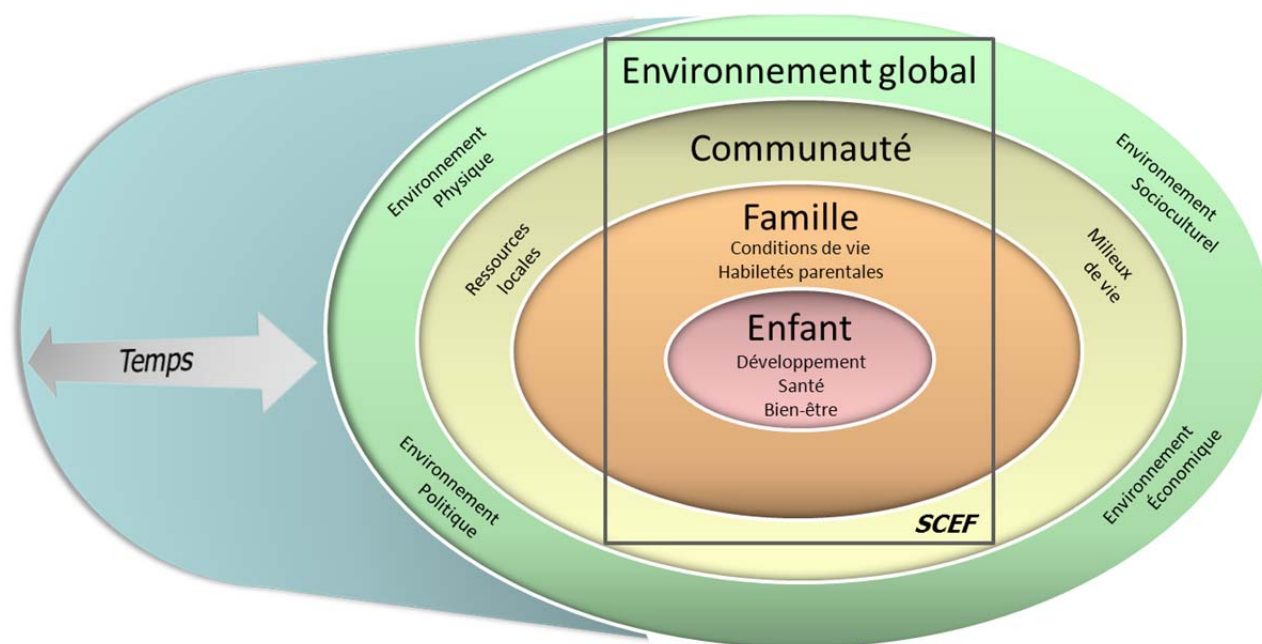
Le développement des communautés (DC)

Un processus de coopération volontaire, d’entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d’un milieu local, visant l’amélioration des conditions de vie sur les plans social, culturel, économique et environnemental (Chavis, 1990; cité dans INSPQ, 2002, MSSS, 2008, DSP, 2011a).

² Le terme communauté est défini par l’INSPQ (2002), le PNSP (MSSS, 2008:61) et le PRSP (DSP, 2011a:48) ainsi : « Un système social structuré de personnes vivant à l’intérieur d’un espace géographique précis (ville, village, quartier, arrondissement). Ces personnes ont une interaction sociale et partagent, entre elles et avec le lieu qu’elles habitent, certaines valeurs communes et des liens psychologiques démontrant ainsi une certaine conscience de leur identité en tant que communauté. » (Christenson et coll., 1989)

5. L'approche écologique

Le SCEF est basé sur l'approche écologique, une approche qui reconnaît l'interrelation entre les individus et leur environnement.³ Comme l'illustre la figure qui suit, selon cette approche, l'enfant est situé au cœur d'un système : sa vie est influencée par la situation de sa famille, qui elle-même est influencée par la communauté, qui à son tour est influencée par l'environnement global dans lequel elle se trouve. Mais l'approche écologique reconnaît aussi la relation inverse: l'enfant *a une influence sur* sa famille, sa famille *contribue* à la communauté, et la communauté *façonne* en partie l'environnement global. Suivant cette logique, la santé, le bien-être et le développement de l'enfant dépendent, au-delà des habiletés parentales, d'un ensemble de facteurs interreliés et interdépendants (MSSS, 2004b:9).



Le SCEF promeut l'action sur les déterminants sociaux de la santé à différents niveaux. Les instances de concertation concernées peuvent, par le biais du financement SCEF, soutenir des interventions à l'intention de **l'enfant** lui-même et de sa **famille** ainsi que des projets au niveau de la **communauté**. Elles peuvent même soutenir des actions visant à entamer des transformations au niveau de **l'environnement global**, bien qu'elles n'aient pas les leviers les plus puissants pour agir à ce niveau.

Finalement, toujours selon la perspective écologique, les environnements, les communautés, les familles et les enfants évoluent dans le **temps**. Ainsi, afin de favoriser la santé, le bien-être et le développement des enfants, et de promouvoir une trajectoire de vie favorable pour chacun, y compris les plus démunis, il est important d'évaluer régulièrement les besoins des enfants et de leurs familles, et d'ajuster les interventions et les actions mises en place.

³ Selon l'approche écologique, les composantes SCEF et *Accompagnement des familles* (AF) du programme SIPPE ont été développées pour être complémentaires et pour se renforcer mutuellement. Voir le **Fascicule complémentaire C** sur l'arrimage entre le SCEF et l'AF.

III

Les processus à privilégier au niveau local

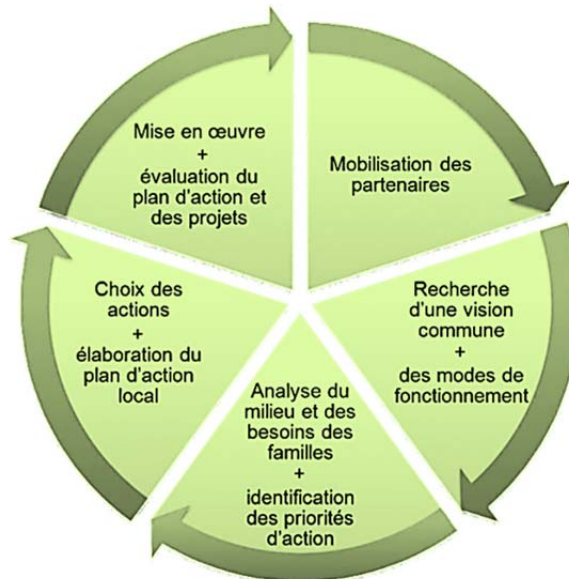
Cette section a pour but de clarifier les étapes de **l'action intersectorielle** recommandées pour la mise en œuvre du SCEF au niveau local. Cette approche permet une mise en commun des ressources et des expertises et une coordination des multiples projets, interventions, ou actions complémentaires sur le terrain (Ouellet et coll., 1995:3; MSSS, 2008:64-66).

L'action intersectorielle⁴

Le rassemblement d'acteurs de différents secteurs (ex.: santé, communautaire, préscolaire, scolaire, municipal, économique, etc.) qui s'unissent pour agir sur une situation complexe qu'ils ne peuvent maîtriser seuls (MSSS, 2008:66).

L'action intersectorielle comporte cinq étapes (libellés mis à jour en 2012):

- 1) La mobilisation des partenaires;
- 2) La recherche d'une vision commune et des modes de fonctionnement;
- 3) L'analyse du milieu et des besoins des familles et l'identification des priorités d'action;
- 4) Le choix des actions et l'élaboration du plan d'action local;
- 5) La mise en œuvre et l'évaluation du plan d'action et des projets.



IMPORTANT : Ces cinq étapes guident l'action intersectorielle, en général. Il est souhaitable que les milieux inscrivent le SCEF à l'intérieur d'un processus de mobilisation, de concertation et de planification plus large (au sein de la table petite enfance, en lien avec la table de quartier, etc.). Toutefois, ces étapes ne doivent pas être abordées de façon linéaire ou rigide. Les milieux sont invités à adapter ces processus selon les réalités locales.



⁴ Dans ce guide, le mot « intersectoriel » réfère aux « secteurs » suivants : santé, communautaire, préscolaire, scolaire, municipal, économique, etc. Dans le cadre de l'Initiative montréalaise de soutien au développement social local, ces domaines sont plutôt considérés comme des « réseaux ».

Plusieurs regroupements locaux, y compris les instances de concertation responsables du SCEF, privilégient déjà ces processus. Pour eux, cette section représente un rappel des conditions gagnantes, des éléments à intégrer ou à consolider pour bien travailler en concertation.

Pour d'autres instances de concertation, cette section peut servir de levier pour faire évoluer la concertation et l'action intersectorielle, dans la mesure où elle peut les aider à rediscuter, retravailler, réviser, renégocier et réévaluer les façons de faire et les actions mises en place afin de mieux soutenir la création d'environnements favorables pour l'ensemble des familles de leur communauté.

1. La mobilisation des partenaires

Selon le Cadre de référence du programme SIPPE, « la première étape de l'action intersectorielle consiste à mobiliser les familles et l'ensemble des acteurs dont l'intervention aura des effets sur le développement des enfants de milieux défavorisés » (MSSS, 2004:62).

Il appartient à chaque milieu de déterminer **l'instance de concertation qui s'occupera du SCEF**, mais certains principes de base devraient guider ce choix, tels que la transparence et la démocratie.

Voici quelques exemples **d'instances de concertation pouvant s'occuper du SCEF** :

- Une table petite-enfance (mandat 0-5 ans) ou un sous-comité de cette table;
- Une table enfance-famille-jeunesse (mandat 0-17) ou un sous-comité de cette table;
- Une table de quartier ou un sous-comité de cette table;
- Une autre instance de concertation, en lien étroit avec une (des) table(s) précédente(s).

Dans chacun des territoires, il est important de réfléchir aux structures de concertation afin de favoriser la mobilisation, assurer une planification plus intégrée et diminuer l'essoufflement des partenaires. Par exemple, dans les territoires où il existe plusieurs regroupements autour de la petite enfance (table petite-enfance, comité SIPPE – environnements favorables, comité Éveil à la lecture, regroupement d'Avenir d'enfant, etc.), il y aurait lieu de se questionner sur les bénéfices potentiels de créer **un seul** lieu de concertation en petite enfance.⁵

Lorsque la fusion des lieux de concertation n'est pas souhaitée par le milieu, il est recommandé que l'instance de concertation responsable du SCEF crée des liens étroits avec les autres regroupements du territoire concernés par la petite enfance (ex. : la table petite-enfance). Elle pourrait aussi s'affilier avec d'autres instances de concertation locale qui disposent de leviers pour agir sur les déterminants sociaux de la santé des familles (ex. : la table de quartier).



IMPORTANT : Il est souhaitable que le SCEF s'inscrive dans les structures de concertation existantes (ex.: Table petite enfance) et il est essentiel de s'assurer que les partenaires clés sont présents.

⁵ Le terme « territoire » réfère aux territoires sociologiques ou d'appartenance, qui sont souvent associés aux territoires de CLSC (centre local de services communautaires) et qui sont délimités par les acteurs locaux, eux-mêmes. Ainsi, il est proposé de créer un seul lieu de concertation en petite enfance par territoire sociologique si la conjoncture y est favorable.

L'intersectorialité de ces tables est primordiale car les réponses aux besoins des enfants et de leur famille relèvent souvent de la responsabilité de différents secteurs. Il est donc important de profiter de l'expertise de tous les partenaires potentiels, provenant de divers secteurs, et de réfléchir au recrutement des partenaires absents de la concertation, tels que :

- Organismes communautaires famille
- Autres organismes communautaires (de solidarité sociale, de loisirs, culturels, etc.)
- CSSS/CLSC
- Services de garde (CPE, regroupement local de CPE, garderies, haltes-garderies, etc.)
- Établissements scolaires (du préscolaire à l'éducation aux adultes)
- Parents/familles/citoyens
- Autres :
 - Centres locaux d'emploi
 - Ville/arrondissement/municipalité (élus, bibliothèques, etc.)
 - Entreprises, commerces, partenaires du secteur économique
 - Lieux culturels ou religieux
 - Centres hospitaliers
 - Centres jeunesse
 - Etc.

Il est particulièrement important de **favoriser la participation des familles** de la communauté, incluant les plus démunies. Cette participation peut s'actualiser de diverses façons (dans le cadre de forums ou de sous-comités, etc.) et contribue à l'*empowerment* des individus et de la communauté. Elle facilite également l'identification des actions qui répondent le mieux aux besoins des enfants et de leurs familles. (Voir le **Fascicule complémentaire E** pour les facteurs favorisant ou contraignant la participation des familles.)

2. La recherche d'une vision commune et des modes de fonctionnement

Travailler en concertation n'implique pas un accord de tous sur tous les enjeux. Cependant, il est très important que les membres clarifient les modes de fonctionnement de l'instance de concertation et puissent mettre en commun leurs points de vue afin de travailler autour d'une vision commune.



IMPORTANT : Comme avec les autres étapes de l'action intersectorielle, la recherche d'une vision commune dépasse le domaine du SCEF tout en l'incluant.

Établir une **vision commune** nécessite des échanges permettant de s'entendre sur une philosophie, des principes directeurs, des orientations ou des priorités. Ceci peut donner un sens à la démarche de l'instance de concertation responsable du SCEF. Voici des exemples de questions à se poser:

- Pourquoi sommes-nous ici? Que voulons-nous?
- Comment comprenons-nous la situation des enfants et de leur famille?
- Que valorisons-nous? Quelle est notre mission commune?
- Comment voulons-nous travailler ensemble? Quelles approches favorisons-nous?
- Où voulons-nous être dans 3 ans? 5 ans? 10 ans?

Clarifier les **modes de fonctionnement** de l'instance de concertation demande de décider de la structure et de la fréquence des rencontres, des modalités de circulation de l'information, des rôles et des responsabilités de chacun, des mandats des sous-comités, des modalités de proposition de projets (ex.: avec ou sans appels

d'offres), des mécanismes pour assurer le suivi périodique et l'évaluation du plan d'action et des projets financés (ex. : le rapport intérimaire, le bilan annuel), etc.

Plus particulièrement en ce qui concerne le SCEF, il s'avère important de mettre en place des **modalités décisionnelles** pour prioriser et convenir des actions et des projets à financer, ainsi que pour décider de l'orientation des fonds résiduels (lorsque nécessaire). Comme pour le choix de l'instance de concertation responsable du SCEF, certains principes de base devraient guider le choix des modalités, tels que la transparence, la démocratie, l'équité et la volonté d'éviter l'apparence de conflits d'intérêts.

Voici deux exemples de **modalités décisionnelles**:

- Les décisions sont prises ou les évaluations sont faites par le biais d'une discussion/négociation entre les partenaires au sein de l'instance de concertation responsable du SCEF (ou d'un sous-comité), selon les règles établies par l'instance de concertation.⁶
- Les décisions sont prises ou les évaluations sont faites par le biais d'un comité d'analyse composé de partenaires qui ne demandent pas de financement SCEF pour l'année, selon les règles établies par l'instance de concertation.

3. L'analyse du milieu et des besoins des familles, et l'identification des priorités d'action

Une étape incontournable pour bien choisir les projets à mettre en œuvre dans le cadre du SCEF est d'identifier les besoins prioritaires des enfants et des familles du milieu et de se donner, comme instance de concertation, des priorités d'action.

Pour ce faire, l'instance de concertation responsable du SCEF devrait s'appuyer sur une ou des **analyse(s) du milieu et des besoins des familles** déjà réalisée(s) (les portraits, analyses et diagnostics du plan d'action local de santé publique du CSSS, de la table de quartier, de la démarche faite pour Avenir d'enfants, etc.). À ceux-ci s'ajoute la collecte de données complémentaires, *si nécessaire*, ainsi que leur interprétation. Par exemple, dans le cadre du SCEF, il pourrait être utile de colliger de l'information sur les déterminants sociaux de la santé (et non pas seulement sur les services offerts dans le quartier).⁷



IMPORTANT : Une mise à jour périodique (ex.: aux 3 ou aux 5 ans) de l'analyse du milieu et des besoins des familles permet de s'assurer que le plan d'action en petite enfance répond adéquatement aux besoins des enfants et des familles et qu'il est adapté aux réalités du milieu qui évoluent dans le temps (Martel et coll., 2004:8).

Une bonne analyse du milieu et des besoins des familles utilise différentes méthodes et sources d'information (ex.: données populationnelles ou d'enquêtes) pour dresser un **portrait** du quartier. Elle cherche à recueillir une diversité de points de vue sur les besoins des enfants et de leur famille à travers des **consultations** (entrevues, groupes de discussion, questionnaires, forums communautaires, etc.).⁸

⁶ Cette modalité est seulement appropriée quand l'instance de concertation responsable du SCEF (ou le sous-comité) est composée d'un ensemble de partenaires intersectoriels et non pas quand elle est composée presque entièrement d'organismes financés par le SCEF.

⁷ Une partie du financement du SCEF peut être utilisée pour mener à bien l'analyse du milieu et des besoins des familles.

⁸ Voir Martel et coll. (2004) pour plus de détails sur les composantes d'une bonne analyse de besoins. Voir aussi Chamberland et coll. (2012) pour un outil sur l'identification des besoins de développement des enfants selon l'approche AIDES (Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité).

Idéalement, un **portrait** comprendrait les informations suivantes :

- Sa délimitation géographique du territoire;
- Des données sur les caractéristiques sanitaires, sociodémographiques et économiques des parents et des familles;
- Des données sur la santé et le développement des enfants de 0 à 5 ans;
- La répartition des naissances et des familles vivant en contexte de vulnérabilité sur le territoire;
- L'inventaire des ressources existantes dans la communauté (organismes, projets, programmes, services et activités offerts aux familles, etc.);
- Le bilan des acquis (clientèle rejointe, recension des services et infrastructures disponibles, financement reçu, difficultés, enjeux ou besoins répondus par les activités et les projets déjà en cours, etc.);
- Le bilan des opportunités (clientèle non rejointe, sources de financement disponibles, difficultés, enjeux ou besoins non répondus par les activités et les projets déjà en cours, etc.);
- L'état de la concertation et des partenariats en lien avec les besoins des familles.

Idéalement, les **consultations** seraient faites auprès :

- D'un groupe significatif de familles ou de citoyens du quartier, incluant des familles vivant en contexte de vulnérabilité⁹;
- D'un groupe significatif d'intervenants travaillant auprès des enfants et de leur famille (CLSC, services de garde, écoles, etc.);
- Des membres des instances de concertation locales.



IMPORTANT : Il est particulièrement important d'associer des familles de la communauté aux processus d'analyse des besoins ainsi qu'à l'identification des priorités d'action.

La synthèse et l'analyse des informations recueillies permettent d'identifier les écarts entre la situation actuelle et la situation désirée. Les problématiques et les besoins prioritaires des familles du milieu – et des plus vulnérables – peuvent être cernés, ainsi que les forces de la communauté et les opportunités pour agir. L'instance de concertation peut ensuite se demander :

- Quels déterminants ont le plus d'impact sur les problématiques identifiées dans la communauté?
- Quelles actions répondraient le mieux aux besoins des familles?

Elle peut ainsi **identifier des priorités d'action** et se fixer des axes d'intervention à privilégier (les grandes orientations et les objectifs à atteindre dans le plan d'action) et lancer son appel d'offres, s'il y a lieu.¹⁰

⁹ Dans la mesure du possible, ce groupe devrait être représentatif des familles du quartier, y compris les plus démunies, et devrait inclure des familles n'utilisant pas déjà les services.

¹⁰ Voir Renaud et Lafontaine (2011) pour un guide pratique sur l'identification des priorités d'action à l'aide de l'approche écologique.

4. Le choix des actions et l'élaboration du plan d'action intersectoriel

La quatrième étape de l'action intersectorielle consiste à choisir les actions et les projets à mettre en place (selon les règles établies par l'instance de concertation) et à élaborer un plan d'action intersectoriel. Le but du plan d'action est d'intégrer les projets dans un tout cohérent et ordonné, ce qui permet aux membres de l'instance de concertation de spécifier ce qu'ils s'engagent à faire, ensemble. Le plan d'action peut couvrir une année ou une période de plusieurs années (ex. : plan triennal, quinquennal), selon le choix du milieu.



IMPORTANT : Lorsque c'est possible, il est préférable de faire un plan d'action en petite enfance qui intègre tous les projets visant à soutenir les enfants de 0 à 5 ans et leur famille, y compris les projets financés par le SCEF.¹¹

Le plan d'action vise à favoriser :

- La réalisation d'actions et de projets collectifs issus de l'identification des besoins des familles et des priorités du quartier;
- L'accessibilité, la continuité et la complémentarité des activités, projets et plans d'action dans la communauté;
- L'organisation du travail et le développement des connaissances et des habiletés des intervenantes.¹²

Le plan d'action peut inclure les éléments suivants :

- La vision de l'instance de concertation;
- Les grandes orientations (axes prioritaires);
- Les objectifs généraux (effets attendus);
- Des moyens ou stratégies (description des projets);
- Les familles visées;
- Les responsables et partenaires (organismes/acteurs coordonnateurs et collaborateurs, liens avec l'équipe du CLSC, liens de collaboration au sein du quartier, etc.);
- Les ressources humaines, matérielles et financières (budget, bailleur de fonds, etc.);
- Les échéanciers;
- Autres :
 - Les déterminants sociaux de la santé visés;
 - Le niveau d'intervention (enfant, famille, communauté, environnement global);
 - Les mécanismes de suivi (ex. : indicateurs pour mesurer l'atteinte des objectifs);
 - Etc.

Idéalement, le plan d'action identifierait diverses actions afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé au niveau de l'enfant, de sa famille, de la communauté et de l'environnement. Il s'avère important que les projets mis de l'avant tiennent compte des besoins prioritaires des familles les plus vulnérables. De plus, ils devraient être adaptés pour mieux rejoindre et soutenir ces familles et diminuer l'exclusion des enfants et des familles les plus démunies.

Le Cadre de référence SIPPE peut être consulté pour plus d'information sur les composantes et les caractéristiques d'un plan d'action porteur de réussite (MSSS, 2004:64-76).

¹¹ Si cela n'est pas possible (ou n'est pas désiré par le milieu), l'instance de concertation responsable du SCEF peut simplement détailler les projets financés par le SCEF dans un plan d'action à part.

¹² À cet égard, le plan d'action peut inclure des objectifs de formation ou qui visent à soutenir l'action intersectorielle, tels que : l'analyse du milieu et des besoins des familles, l'élaboration du plan d'action, l'évaluation du plan d'action et des projets, etc.

5. La mise en œuvre et l'évaluation du plan d'action et des projets

Comme indiqué plus haut, les besoins des familles et les réalités des milieux évoluent dans le temps. D'ailleurs, même des actions et des projets bien réfléchis et planifiés sont sujets à des imprévus et doivent être adaptés à la réalité du terrain. Il est donc crucial de mettre en place des mécanismes de soutien pour les familles et les intervenants engagés dans la réalisation des projets afin qu'ils puissent surmonter les difficultés liées à leur mise en œuvre (MSSS, 2004 : 65).

À cet égard, il est important d'établir un processus d'évaluation continue, c'est-à-dire de prévoir des moments pour échanger sur les défis d'implantation ainsi que sur les stratégies gagnantes, afin d'apporter les ajustements nécessaires en cours de route. Ceci peut prendre la forme de rencontres d'échanges régulières, de bilans périodiques (ex.: aux 4 ou aux 6 mois) ou d'évaluations formelles des pratiques et des retombées.



IMPORTANT : il est fortement recommandé de faire un bilan annuel, de prendre du recul au regard du plan d'action et d'évaluer de façon plus systématique si les grandes orientations et les priorités doivent être maintenues, si les objectifs sont atteints, si les projets sont à retenir, si les stratégies peuvent être améliorées ou si les échéanciers demeurent réalistes, etc.

L'objectif de ces évaluations est de favoriser la bonification des projets pour mieux répondre aux besoins des enfants et des familles de la communauté et de s'assurer de rejoindre ceux vivant en contexte de vulnérabilité.¹³ L'adaptation des actions est souvent nécessaire pour mieux agir sur les déterminants sociaux de la santé. Ainsi, l'évaluation des plans d'action intersectoriels en petite enfance est un incontournable pour soutenir la création d'environnements favorables à la santé, au bien-être et au développement optimal des enfants, et – ultimement – pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé.

¹³ De façon périodique, il peut aussi être utile de s'autoévaluer comme instance de concertation. À cet égard, voir Bilodeau et collègues (2008) pour un outil diagnostique de l'action en partenariat.

IV Les instances, leurs mandats, rôles et responsabilité¹⁴

Cette section a pour but de clarifier les mandats, les rôles et les responsabilités quant au SCEF des instances suivantes :

- 1) Les organismes communautaires financés dans le cadre du SCEF;
- 2) Les instances de concertation responsables du SCEF;
- 3) Les centres de santé et services sociaux (CSSS) et
- 4) La Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP).

Le SCEF est une mesure de santé publique financée selon une trajectoire 2, c'est-à-dire que les fonds transitent par les CSSS et servent à financer des projets développés et réalisés par des instances de concertation et des organismes communautaires. (Voir le **Fascicule complémentaire F** pour plus de détails sur les trajectoires de financement.)

1. Organisme communautaire

Rôle de gestion :

- Participe à l'identification des priorités locales, basées sur l'analyse des besoins de la population au sein des instances de concertation concernées
- Réalise les activités et gère les ressources
- Complète un bilan annuel financier sur demande du CSSS

2. Instance de concertation responsable du SCEF¹⁵

Rôle de gestion :

- Identifie les priorités locales, basées sur l'analyse des besoins de la population
- Élabore et met à jour périodiquement un plan d'action intersectoriel
- Convient des processus de répartition des fonds
- Recommande au CSSS la répartition des fonds pour soutenir le plan d'action intersectoriel
- Complète un bilan annuel d'activités et financier sur demande du CSSS
- Assure le traitement des mécontentes¹⁶

3. Centre de santé et de services sociaux (CSSS)

Rôle de gestion :

- Est imputable quant à l'utilisation des fonds, par le biais de son directeur local de santé publique
- S'assure du respect des orientations régionales dans l'allocation des fonds ainsi que de la cohérence entre le PAL et le plan d'action intersectoriel
- Peut au besoin ajuster la répartition budgétaire par territoire de CLSC, en fonction des besoins populationnels et basés sur des critères définis en collaboration avec ses partenaires
- Sur recommandation de l'instance de concertation, alloue les fonds par le biais d'ententes convenues avec les partenaires concernés

¹⁴ Ces mandats, rôles et responsabilités s'appliquent à la trajectoire de financement 2 et sont tirés du *Cadre de gestion du Programme régional de santé publique (PRSP) 2010-2015 : Année 2013-2014* (DSP, 2013), à l'exception du rôle de liaison de la DSP.

¹⁵ L'instance de concertation comprend tous les membres qui la composent.

¹⁶ Le rôle de chaque partenaire sera précisé dans le cadre d'un mécanisme de gestion des mécontentes en élaboration par le comité régional de liaison Agence-CSSS-organismes communautaires.

- Peut exprimer sa réserve ou justifier son désaccord à financer un projet par le biais d'un mécanisme de retour convenu au préalable avec l'instance de concertation
- Complète le bilan annuel d'activités du PAL en collaboration avec les instances concernées
- Analyse les bilans annuels d'activités et financiers demandés aux partenaires et leur en fait au besoin une rétroaction.
- S'assure de la représentation au sein des instances de concertation, selon leur gouverne et celle du CSSS concerné
- Assure le traitement des mécontentes¹⁶

Rôles de soutien :

- Soutient les processus de l'action intersectorielle dans le respect de ses balises d'intervention et des besoins des milieux

4. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP)

Rôle de gestion :

- Définit/précise les orientations régionales en collaboration avec ses partenaires
- S'arrime avec les instances régionales concernées
- Alloue les fonds par CSSS
- Analyse les bilans annuels d'activités et financiers des PALs et des mesures et leur en fait une rétroaction
- Identifie les indicateurs de performance en trajectoires 2, en collaboration avec ses partenaires
- Apprécie la performance des mesures en lien avec le PRSP en contexte d'action intersectorielle et en collaboration avec la TRSP et les partenaires régionaux et identifie les correctifs à y apporter
- Soutient l'actualisation des mesures de santé publique autour des zones prioritaires d'amélioration de la performance
- S'assure de la mise en place d'un mécanisme de gestion des mécontentes à propos des mesures financées, en cohérence avec l'Agence
- Assure le traitement des mécontentes¹⁶

Rôle de soutien :

- Sur demande des CSSS

Plus particulièrement en ce qui concerne le SCEF, la DSP exerce un *rôle de liaison* entre les paliers locaux, régionaux et provinciaux. Par exemple, elle :

- Favorise la mise en commun et le partage des savoirs et des outils;
- Intervient pour répondre aux besoins jugés importants par les communautés locales mais dont les leviers se situent au palier régional ou provincial;
- Répond aux demandes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
- S'assure du respect des orientations provinciales et suit les indicateurs de performance.

¹⁶ Le rôle de chaque partenaire sera précisé dans le cadre d'un mécanisme de gestion des mécontentes en élaboration par le comité régional de liaison Agence-CSSS-organismes communautaires.

Conclusion

Pour faire écho au PNSP (MSSS, 2008:22), le grand défi de ce guide était « *de trouver le juste équilibre entre, d'un côté, des orientations suffisamment structurantes pour assurer la cohérence de l'action et, de l'autre, des conditions de mise en œuvre assez souples pour que les acteurs locaux aient tout l'espace nécessaire pour exercer efficacement leurs responsabilités* ». L'approche adoptée fut de promouvoir une vision commune du SCEF et de certains modes de fonctionnement de façon à favoriser sa mise en œuvre.

Le SCEF vise à soutenir la création d'environnements favorables à la santé, au bien-être et au développement optimal des enfants de 0 à 5 ans. Une attention particulière est portée aux enfants et aux familles les plus vulnérables dans l'optique de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. L'accent est mis sur l'importance d'agir, en amont, sur les déterminants sociaux de la santé et à travers des interventions auprès des enfants, de leur famille, de la communauté et de l'environnement global.

Pour s'assurer que les projets locaux sont adaptés aux besoins prioritaires des enfants et de leur famille, il est souhaitable que le SCEF s'inscrive à l'intérieur d'un processus d'action intersectorielle plus large. Ce guide propose certains processus, rôles et responsabilités afin de faciliter la réalisation de ce processus gagnant et incontournable. Il met en valeur l'importance, au niveau local, de profiter de la contribution d'acteurs de divers secteurs – y compris de l'expertise des familles – et de s'allier avec toutes les instances concernées par le développement de l'enfant et les conditions de vie des familles (telles que les tables de quartier ou d'autres instances de concertation locales ou régionales).

Pour certains milieux, les orientations mises de l'avant dans ce guide seront entièrement cohérentes avec leur mission et leurs façons de faire. Pour d'autres, ce guide pourrait susciter des réflexions et des réajustements de leurs approches au regard du SCEF. La DSP se met à la disposition des CSSS et des milieux pour les accompagner dans leur cheminement et pour répondre aux besoins qu'ils expriment, par exemple pour faciliter le partage avec d'autres partenaires, promouvoir une meilleure compréhension du SCEF, soutenir la mise en œuvre des processus recommandés et apprendre des bons coups.

Travaillons ensemble afin de mieux répondre aux besoins des enfants et de leur famille, et pour soutenir la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être de tous!

Bibliographie

Beauvais, J., Elliott, M., Boucheron, L. (2012). *Guide de la répondante clinique : Éléments essentiels du programme des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, 2^e édition*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 36 pages.

Bilodeau, A., Galarneau, M., Fournier, M., Potvin, L., Sénécal, G., Bernier, J. (2008). *Outil diagnostique de l'action en partenariat*. Chaire Approches communautaires et inégalités de santé (CACIS), Université de Montréal. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 6 pages. En ligne : <http://www.cacis.umontreal.ca/eval.htm>

Bourque, D. et Favreau, L. (2003). Le développement des communautés et la santé publique au Québec. *Service social*. 50 :295-308.

Bourque, D. et Mercier, C. (2008). *Le développement des communautés au cœur de la mission des CSSS*. Théma, Bulletin de la chaire GETOS FCRSS/IRSC sur la gouverne et la transformation des organisations de santé, 5(1):2-6.

Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) (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 CDSS*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 250 pages.

Chamberland, C., Lacharité, C., Lessard, D., Fafard, G. Lemay, L. (2012). *Initiative AIDES : Cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants*, 9 pages.

Chavis, D. M. (2000). *Mobilizing for Community Capacity Building*. Présentation au LAREHS, Université du Québec à Montréal, 28 avril.

Christenson, J.A., Fendly, K., Robinson, J.W. (1989). Community Development. Dans *Community in Perspective*, Iowa State University Press.

Comité conseil postchantiers sur les SIPPE (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 postchantiers sur les SIPPE déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 36 pages. En ligne : http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/dossiers_thematiques/Tout_petits/SIPPE/rapport_optimisation_MSSS.pdf

Corneau, M., Lepage, C., Le Hénaff, L. (2010). *Rapport du Chantier 4 sur le déploiement du soutien à la création d'environnements favorables. Dans le cadre de la démarche d'optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité (SIPPE) pour le Comité directeur de gestion de projets pour l'optimisation et le suivi des SIPPE (CDG-SIPPE)*. Québec, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, 36 pages.

Desrochers, M. et Beausoleil M. (2009). *Cadre de référence pour soutenir l'intégration du Développement des Communautés : Document de consultation*. Version mise à jour du 12 janvier 2009. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 35 pages.

Desrochers, M., Beausoleil, M., Durocher, P., Fortier, M.-M. (2009). *Pour l'élaboration d'une stratégie concertée CSSS/DSP de soutien au développement des communautés*. Document de réflexion produit sous l'égide de la Table régionale de santé publique. Version de travail du 18 décembre 2009. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Centres de santé et de services sociaux de Montréal, 33 pages.

Direction de santé publique [DSP] (2013). *Cadre de gestion du Programme régional de santé publique (PRSP) 2010-2015 : Année 2013-2014*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 30 pages. En ligne : http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/soutien_aux_interventions/credits_regionaux/cadre_de_gestion.html

Direction de santé publique [DSP] (2011a). *Plan régional de santé publique 2010-2015: Garder notre monde en santé*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 72 pages. En ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-084-1.pdf

Direction de santé publique [DSP] (2011b). *Plan régional de santé publique 2010-2015: Orientation 1 - Des enfants qui naissent et se développent en santé*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 52 pages. En ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-086-5.pdf

Direction de santé publique [DSP] (2007). *Pour optimiser la composante accompagnement des familles des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance : Réponse aux préoccupations des intervenantes et des gestionnaires œuvrant à l'implantation des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à Montréal (SIPPE)*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 64 pages. En ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89494-622-0.pdf

Durand, D. et Guay D. (2011). *Cadre de référence du programme Interventions éducatives précoces 2010-2015*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 12 pages.

Elliott, M., Beauvais, J. (2009). *Guide de la répondante clinique : Éléments essentiels du programme des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 25 pages.

Institut national de santé publique du Québec [INSPQ] (2002). *La santé des communautés: perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, 50 pages.

Le Blanc, M.-F., Raynault, M.-F., Lessard, R. (2012). *Rapport du directeur de santé publique 2011 : Les inégalités sociales de santé à Montréal : Le chemin parcouru*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 144 pages. En ligne : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-133-6.pdf

Lefebvre, C., Walz, L., Denoncourt, I. (2013). *Milieus de vie favorables – Jeunesse : Guide pour soutenir la mise en œuvre d'un plan d'action intersectoriel*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Martel, D. (2007). *Analyses du milieu et des besoins des familles : compilation régionale*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 12 pages.

Martel, D. (2004). *Analyse du milieu et des besoins des familles : mise à jour/bonification : Programmes NEGS/PSJP*. Longueuil, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 32 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2012a). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*. Document rédigé en collaboration avec Québec en Forme et l'Institut national de santé publique du Québec. Gouvernement du Québec, 24 pages. En ligne : <http://www.msss.gouv.qc.ca>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2012b). *La santé et ses déterminants: Mieux comprendre pour mieux agir*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 26 pages. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-202-06.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : Résultat d'une réflexion commune*. Direction de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 44 pages. En ligne : <http://www.google.ca/url?q=http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-202-02.pdf&sa=U&ei=KYa2T-GdLeWd6AG0qqz1Cg&ved=0CBQQFjAA&usg=AFQjCNGFN92cbnJ-FLHdOq5XmRo60c9spA>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 103 pages. En ligne : <http://www.google.ca/url?q=http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf&sa=U&ei=q2S2T9nUOZLk6QHuitH4Cg&ved=0CBkQFjAC&usg=AFQjCNGGc6muY6Rhhv1RiGbwDJPd-frGodQ>

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 79 pages.

Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, 126 pages. En ligne : http://www.google.ca/url?q=http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf&sa=U&ei=A1q2T7LsEu-J6gHM6ZSECw&ved=0CBQQFjAA&usg=AFQjCNH014USGSFCTrLEWTwn_lphnrhZpw

Organisation mondiale de la santé [OMS] (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*, Division de la promotion, de l'éducation et de la communication pour la santé, Service Éducation sanitaire et promotion de la santé, Genève, 25 pages.

Organisation mondiale de la santé [OMS] (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Genève, OMS.

Ouellet, F., Paiement, M. Tremblay, P.-H. (1995). *Guide d'intervention. L'action intersectorielle, un jeu d'équipe*. Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, CECOM de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, 73 pages.

Québec (2008a). *Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} janvier*, Éditeur officiel du Québec.

Québec (2008b). *Loi sur la santé publique : L.R.Q., chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} février*, Éditeur officiel du Québec.

Renaud, L., Lafontaine, G. (2011). *Guide pratique : Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. Réseau francophone international pour la promotion de la santé. Montréal, Canada, 36 pages. En ligne : http://refips.org/files/international/Guidepratique_IntervenirPSapprocheecologique.pdf

United Nations Children's Fund [UNICEF] (2000). *The state of the world's children 2001*. New York, United Nations Children's Fund.

Whitehead, M., Dahlgren, G. (2006). *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up. Part 1*. Copenhague : Organisation mondiale de la santé-Europe.

FASCICULES COMPLÉMENTAIRES

Fascicule complémentaire A : Les déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé influencent et conditionnent les trajectoires de vie des enfants et des familles. Pour cette raison, il s'avère important de considérer l'ensemble de ces déterminants afin d'arriver à une vision globale des interventions qui pourraient favoriser la santé et le développement de l'enfant, changer sa trajectoire de vie et améliorer la situation de sa famille.

Selon l'OMS, les déterminants sociaux de la santé peuvent se définir comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent » (CDSS, 2009), ou l'ensemble des « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de *santé* des individus ou des populations » (OMS, 1999:25). Plus précisément, le Programme national de santé publique (MSSS, 2003, 2008) ainsi que le Cadre de référence du programme SIPPE (MSSS, 2004) s'inspirent de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, 1986) pour diviser les déterminants sur lesquels il est possible d'agir en cinq catégories :

Déterminants sociaux de la santé :

Conditions de vie/conditions socioéconomiques : comprend surtout l'éducation, le revenu et l'emploi, incluant la nature et le niveau de scolarité, la source et le niveau de revenu individuel ou familial, ainsi que le type d'emploi ou le niveau d'intégration sur le marché du travail. À ceux-ci s'ajoutent d'autres éléments comme le pouvoir d'achat ou l'insécurité alimentaire ainsi que l'appartenance à un groupe social, linguistique ou ethnoculturel (ex. : genre, classe sociale, personnes de minorités visibles ou provenant d'une communauté autochtone) (INSPQ, 2002:3; Martel, 2004:23; MSSS, 2010:15, 2012b :20).

Ces facteurs ont une très grande influence sur l'état de santé des individus et de la population, soit par leurs effets directs, soit par leurs effets sur d'autres déterminants tels que les environnements physiques et les habitudes de vie auxquels un individu est exposé au cours de sa vie (MSSS, 2010 : 15).

Milieus de vie/environnements sociaux : comprend les endroits où les gens vivent, apprennent, travaillent et interagissent quotidiennement. Les individus sont ainsi intégrés à plusieurs milieux au cours de leur vie (ex. : le milieu familial, le milieu de garde, le milieu scolaire, le milieu d'hébergement, le milieu de travail, la communauté locale, le voisinage) (MSSS, 2010:12).

Les milieux de vie peuvent se différencier sur le plan de la stabilité sociale, de la cohésion ou de la solidarité sociale, de la qualité et de la diversité du soutien social ou de l'entraide, de la reconnaissance de la diversité, de l'harmonie dans les relations interpersonnelles, etc. (Martel, 2004:23; MSSS, 2008:34). De plus, en raison des normes et des valeurs qui y sont véhiculées, ils influent sur les habitudes de vie et les comportements liés à la santé et au bien-être (MSSS, 2003:15).

Environnement physique : comprend les éléments naturels et artificiels de l'environnement. Voici des exemples d'éléments naturels : la qualité de l'eau potable, des eaux de baignade, de l'air extérieur, de l'air intérieur, des sols et des produits de consommation, etc. Voici des exemples d'éléments artificiels : la qualité et la sécurité du cadre bâti et aménagé (parcs clôturés, passages pour piétons, pistes cyclables sécuritaires, etc.) ainsi que des équipements et des produits transformés (aliments et drogues, véhicules, outils et appareils, produits chimiques, matériaux et textiles, équipements de sport, de loisir, de cuisine, de soins, etc.) (Martel 2004 : 23; MSSS, 2008 :35; MSSS, 2012a : 10).

Ces facteurs peuvent être considérés quant à leurs impacts sur la famille (conditions du domicile), sur la communauté (caractéristiques de l'arrondissement ou du quartier) ou sur l'environnement plus global (conséquences pour la ville, la nation ou la planète).

Déterminants sociaux de la santé :

Organisation des services sociaux et des services de santé, ainsi que l'accès aux ressources : comprend des modalités d'organisation qui favorisent la continuité, la coordination, la qualité et l'accessibilité des soins et des services. L'offre d'une gamme étendue de services adaptés à la population, une bonne intégration et complémentarité des services, un nombre important d'intervenants compétents et formés en constituent des éléments importants (Martel, 2004:23; MSSS, 2003:16).

Il est aussi important de favoriser l'accès des individus et des populations aux services offerts. L'accessibilité des services réfère à la fois à l'organisation des services et aux perceptions et expériences de la population quant à la facilité d'accès aux services ou aux installations pour des raisons de localisation, de temps et de facilité d'approche (MSSS, 2010:12).

Habitudes de vie et autres comportements liés à la santé et au bien-être : comprend des habitudes et des comportements liés à l'alimentation (ex. : l'allaitement), à l'activité physique, à l'usage du tabac, de l'alcool et de drogues, aux comportements sexuels et aux déplacements (ex. : voyages internationaux). On y ajoute les comportements liés à la sécurité (ex. : l'utilisation d'un siège d'auto sécuritaire, le port du casque à vélo, la prudence dans la conduite d'un véhicule), à l'hygiène (ex. : le brossage des dents, le lavage des mains) et au recours à des mesures de prévention ou de protection (ex. : le dépistage, la vaccination, la crème solaire, les détecteurs de monoxyde de carbone) (Martel, 2004:22; MSSS, 2003:15, 2010:14, 2012b :20).

Les comportements et les habitudes de vie sont parfois vus comme des déterminants individuels parce qu'ils semblent relever de choix personnels – et découlent souvent des connaissances, habiletés et attitudes des individus –, mais on reconnaît que ces choix sont largement influencés par les conditions socioéconomiques, les normes et les environnements sociaux, l'organisation des services et l'environnement global (MSSS, 2010:14).

Fascicule complémentaire B : Exemples de préoccupations locales et de pistes de solution¹⁸

Bien qu'il faille considérer l'ensemble des déterminants sociaux de la santé, il est également important de pouvoir se fixer des priorités réalistes et réalisables pour l'action intersectorielle locale (Elliott et Beauvais, 2009:12). Ce fascicule complémentaire a pour but de préciser la nature des activités et des projets qui peuvent contribuer à la création d'environnements favorables en donnant des exemples de préoccupations locales ainsi que des pistes de solution.

Sans doute, certains de ces projets ou activités d'influence existent dans les quartiers de Montréal. Il est donc crucial de faire l'inventaire de l'ensemble des actions mises en place dans la communauté – incluant les projets financés par d'autres enveloppes budgétaires que celle du programme SIPPE et découlant d'autres planifications que celle de l'instance de concertation responsable du SCEF. En ce sens, chaque instance de concertation est encouragée à se doter d'un plan d'action intégré qui tient compte des ressources et des projets déjà en cours et qui propose des projets complémentaires.

Bien sûr, cette liste n'est pas exhaustive, l'énumération des besoins ne comporte aucun ordre d'importance, et l'objectif n'est pas de prescrire certaines activités. Le but de ce fascicule complémentaire est plutôt d'amorcer une réflexion autour des besoins locaux et des actions possibles pour soutenir la création d'environnements favorables au développement des enfants, des familles et des communautés. Il est primordial que tous les projets proposés répondent bien aux besoins prioritaires du quartier, et la seule façon d'y arriver est de faire une analyse de besoins afin d'identifier les priorités locales. ***Une analyse des besoins à l'échelle locale apparaît incontournable*** (voir la Section III de ce guide).

Les exemples présentés couvrent à la fois la création (ou la consolidation) de services et de ressources, et des activités d'influence. Ces projets peuvent être identifiés par l'instance de concertation responsable du SCEF et réalisés par un organisme communautaire, quelques organismes ou des membres de l'instance de concertation (en partenariat), un sous-comité de l'instance de concertation, l'instance de concertation au complet, ou l'instance de concertation responsable du SCEF en collaboration avec d'autres instances (ex.: la table de quartier).

Catégorisation des besoins identifiés:

- Sécurité et stimulation de l'enfant
- Soutien et engagement parental
- Services de garde et de répit
- Soutien matériel et alimentaire
- Transport
- Logement
- Emploi et scolarité
- Culture et loisirs

¹⁸ Basé en partie sur une compilation régionale des analyses de besoins locaux réalisée par les tables intersectorielles petite enfance de la Montérégie (DSP de la Montérégie, 2007), ce fascicule regroupe les préoccupations les plus fréquemment nommées et propose des pistes de solution. D'ailleurs, comme dans le document de la Montérégie, certaines pistes de solution peuvent, bien entendu, répondre à plus d'une préoccupation, mais afin d'éviter la redondance elles n'ont pas été renommées.

Exemples de préoccupations locales et de pistes de solution :

Sécurité et stimulation de l'enfant : comprend les approches visant le soutien au développement optimal des enfants, la promotion de la santé physique et la prévention des traumatismes et des maladies.

Actions possibles :

- Animation de groupes d'éveil à la lecture pour jeunes enfants en lien avec les bibliothèques du quartier;
- Distribution d'informations aux parents ou aux intervenants (sécurité à domicile, sécurité en voiture ou en autobus, premiers soins, réanimation cardio-respiratoire pour les bébés, etc.);
- Développement d'ateliers parent-enfant pour travailler la relation parent-enfant et diverses sphères du développement de l'enfant;
- Création ou consolidation de milieux de vie stimulants pour les jeunes enfants;
- Organisation du prêt d'équipements (lits, sièges d'auto, jouets, protecteurs de prises murales, barrières pour enfants, etc.) pour assurer la sécurité à domicile (MSSS, 2004:39)¹⁹;
- Conclusion d'ententes avec les centres de la petite enfance et les organismes communautaires dans le cadre des programmes de stimulation précoce à l'intention des enfants de milieux défavorisés (MSSS, 2004:38)²⁰;
- Plaidoyer auprès des décideurs locaux afin d'améliorer la sécurité des parcs et des installations pour les jeunes enfants;
- Formation des intervenants d'organismes communautaires locaux au regard des étapes de développement et des caractéristiques des environnements stimulants pour les jeunes enfants.

Transport : comprend différents moyens pour soutenir les déplacements des familles avec de jeunes enfants afin de faciliter l'accès aux différents services et ressources du milieu (CLSC, cliniques, épiceries, services de garde, bibliothèques, piscines, parcs, organismes communautaires, etc.) et favoriser leur pleine participation à la vie citoyenne.

Actions possibles :

- Distribution de billets d'autobus ou de coupons de taxi pour couvrir les coûts du transport pour l'accès aux activités;
- Organisation d'une banque de chauffeurs accessibles sur une base quotidienne pour les familles vulnérables;
- Proposition aux épiceries locaux d'offrir gratuitement la livraison aux jeunes familles;
- Plaidoyer auprès des décideurs et partenaires concernés pour mettre en place des services de transport adaptés à la réalité des familles avec de jeunes enfants (tarifs, routes, fréquence des services, aménagements pour poussettes, etc.);
- Sensibilisation de la STM (Société de transport de Montréal) aux défis de transport des familles du quartier étant donné l'emplacement des ressources essentielles (maison de la famille, CLSC, halte-garderie, etc.) et proposer des modifications aux trajets d'autobus;
- Promotion de l'aménagement du territoire pour favoriser le transport actif auprès des familles avec de jeunes enfants (trottoirs, pistes cyclables, trottibus, etc.);
- Sensibilisation des gestionnaires des édifices municipaux et des commerçants pour aménager des zones de chargement ou des espaces de stationnement réservés aux familles avec des bébés;
- Création de réseaux de covoiturage pour les familles avec de jeunes enfants (MSSS, 2004:37).

¹⁹ Les exemples avec références (MSSS, 2004) sont tirés du tableau « Mille et une actions possibles » du Cadre de référence du programme SIPPE.

²⁰ Selon les territoires, peut être entrepris par l'équipe IÉP du CSSS (Voir le Cadre de référence du programme Interventions éducatives précoces; Durand et Guay, 2011).

Exemples de préoccupations locales et de pistes de solution :

Soutien et engagement parental : comprend des démarches pour favoriser l'implication des mères et des pères dans la vie de leurs enfants et les soutenir dans leurs rôles parentaux, leurs habiletés parentales, la conciliation famille-travail ainsi que dans leurs relations conjugales et familiales.

Actions possibles :

- Collaboration à la création de groupes de soutien et d'entraide ou à l'organisation de jumelage et de parrainage entre parents (ex.: haltes-allaitement);
- Organisation de systèmes d'échanges communautaires de services ou réseautage d'entraide (ex. : démarches d'immigration, transport, garde des enfants, travail, alimentation);
- Création ou consolidation de lieux permettant de réunir les parents (mères ou pères) et les enfants (ex.: Maison de la famille);
- Valorisation du rôle du père (ou d'un autre homme significatif) et promotion de son implication auprès de ses enfants dans les projets du quartier;
- Conception de projets visant à favoriser la participation des pères (MSSS, 2004:38);
- Offre de cours, ateliers et rencontres dédiés aux parents sur différents thèmes (ex.: habiletés parentales, éducation et discipline);
- Organisation d'une campagne de promotion de la famille (MSSS, 2004:38);
- Conception de projets collectifs visant à favoriser l'allaitement maternel dans les différents milieux de vie (organismes communautaires, travail, loisirs, services, etc.) (MSSS, 2004:38);
- Organisation d'activités visant la participation sociale des familles (ex. : rencontres communautaires) (MSSS, 2004:38);
- Mise en place d'un projet d'accompagnement et de soutien aux familles par des pairs aidants.

Logement : comprend des démarches pour favoriser le développement et le maintien de logements de qualité à prix abordable pour les familles avec de jeunes enfants.

Actions possibles :

- Concertation avec la table de quartier (ou une autre instance qui se mobilise au niveau du logement) afin de s'assurer qu'on tient compte des besoins des familles avec de jeunes enfants dans toute action visant le développement de logements abordables;
- Mise en place d'une ressource d'aide à la recherche de logements abordables;
- Plaidoyer auprès des décideurs et des développeurs locaux pour les sensibiliser aux besoins de logements à prix abordable pour les familles;
- Création d'alliances avec les groupes de défense des droits concernant les conditions de logement (MSSS, 2004:37);
- Organisation d'activités de sensibilisation à l'intention des décideurs sur la situation des personnes qui vivent dans la pauvreté (MSSS, 2004:37);
- Contribution à la création d'une maison d'hébergement transitoire pour jeunes mères en difficulté;
- Formation des parents et des intervenants sur la détection des signes de moisissures, d'infestation de punaises de lit, etc.;
- Collaboration avec les pompiers locaux pour sensibiliser les propriétaires à la nécessité d'installer et de maintenir des détecteurs de fumée et de monoxyde de carbone;
- Sensibilisation des décideurs quant à l'insalubrité des logements disponibles pour les familles avec de jeunes enfants;
- Participer aux mouvements régionaux et nationaux qui revendiquent le développement de logements sociaux.

Exemples de préoccupations locales et de pistes de solution :

Services de garde et de répit : comprend différents moyens pour offrir aux parents des services de garde réguliers et occasionnels pour leur permettre de travailler ou de chercher un emploi, d'aller à l'école ou d'étudier, de participer aux activités communautaires ou d'avoir du répit, ainsi que pour répondre aux situations ponctuelles (lors de l'accouchement, difficultés temporaires).

Actions possibles :

- Création ou consolidation de services de garde adaptés aux travailleurs avec horaires atypiques (soir, nuit, fins de semaine);
- Offre de haltes-garderies ou de services de garde à temps partiel pour répondre aux besoins des parents lors d'un retour aux études, sur le marché du travail, ou vivant des difficultés ponctuelles;
- Création d'alliances entre les organismes communautaires offrant des activités pour parents et les haltes-garderies, afin d'assurer la garde des enfants pour la durée des activités;
- Offre accrue de garderies à coûts réduits (ou gratuité) pour les familles à faible revenu;
- Organisation d'un réseau de gardiennage à prix modique ou d'un système d'échange de gardiennage;
- Sensibilisation des décideurs, employeurs et partenaires locaux à la nécessité de services de garde adaptés aux besoins des familles vulnérables;
- Création de services de répit (ex. : fin de semaine) pour les familles ou renforcement des services existants (MSSS, 2004 : 38).

Emploi et scolarité : comprend les ressources pour soutenir les familles dans la réalisation de leurs projets de retour au travail ou aux études.

Actions possibles :

- Promotion de l'embauche locale auprès des employeurs du quartier ainsi que de la création de postes à temps partiel pour permettre une meilleure conciliation travail-famille pour les parents avec de jeunes enfants;
- Collaboration avec, notamment, les entreprises d'insertion sociale, les centres d'éducation aux adultes, les groupes d'alphabétisation ou les centres de formation populaire afin d'assurer un meilleur accès aux services pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité (MSSS 2004:37);
- Mise en place d'une ressource d'orientation professionnelle, d'aide à la recherche d'emploi ou d'aide au démarrage d'entreprise pour les parents avec de jeunes enfants;
- Organisation de la location, du prêt ou de l'achat à prix réduit de livres et d'outils éducationnels usagés;
- Plaidoyer auprès des centres d'employabilité pour élargir les critères d'admissibilité ainsi que les modalités des programmes;
- Action auprès des institutions d'enseignement locales pour des stages pratiques durant la formation générale;
- Mise en place d'un projet pour favoriser le retour aux études des parents avec de jeunes enfants;
- Sensibilisation des décideurs, employeurs et institutions éducatives aux besoins des jeunes parents qui retournent aux études ou au travail (temps partiel, soutien financier, etc.);
- Orientation et accompagnement des familles vers des ressources telles que les entreprises d'insertion sociale, les centres d'insertion sociale, les centres d'éducation aux adultes, les groupes d'alphabétisation ou les centres de formation populaire (MSSS, 2004:37);
- Création d'alliances avec les groupes de défense des droits concernant la sécurité du revenu, l'emploi et les conditions de travail, etc. (MSSS, 2004:37).

Exemples de préoccupations locales et de pistes de solution :

Soutien matériel et alimentaire : comprend les moyens pour répondre aux besoins de base des jeunes familles ayant des difficultés financières pour l'achat de nourriture, de vêtements, de jouets et d'autres biens matériels requis par des parents et leurs enfants.

Actions possibles :

- Conception de projets visant à permettre aux familles de s'approvisionner plus facilement en aliments sains à un prix abordable (groupes d'achat, magasins coopératifs, ententes avec les distributeurs, ententes avec des agriculteurs, etc.) (MSSS, 2004 : 37);
- Conception de projets collectifs visant à permettre aux familles de mieux s'alimenter, tout en favorisant les apprentissages et la création de liens sociaux (cuisines collectives pour des repas familiaux ou des purées pour bébés, etc.) (MSSS, 2004:37);
- Organisation de la location, du prêt ou de systèmes d'échanges de biens matériels (meubles, vêtements, jouets, tire-lait électriques, sièges d'auto, livres, etc.);
- Organisation d'un groupe d'achat pour les couches et d'autres biens pour bébés;
- Création d'alliances avec des entreprises qui vendent des appareils ménagers usagés à bas prix.

Culture et loisirs : comprend des activités de divertissement, des démarches pour briser l'isolement des familles, ainsi que la promotion de l'activité physique, d'intérêts culturels, et du partage du plaisir entre familles.

Actions possibles :

- Accès gratuit ou à coût réduit pour les familles à des activités sportives, culturelles et de loisirs (ex. : cours divers, concerts, musées, festivals, parcs aquatiques, camps familiaux);
- Organisation de groupes d'entraînement physique pour femmes enceintes ou nouveaux parents (ex.: gym-poussette, cardio-poussette);
- Offre de cours de massage pour bébés;
- Soutien à la création ou à l'aménagement de parcs ou d'aires de jeux adaptés aux jeunes enfants;
- Création d'alliances avec les commissions scolaires pour permettre l'utilisation des gymnases des écoles en dehors des heures de classe par les familles avec de jeunes enfants;
- Organisation d'activités sociales à l'échelle des quartiers (pique-niques, fêtes de quartier, marchés publics) en concertation avec les tables de développement social ou des partenaires financiers;
- Participation aux « Fêtes de la famille » (MSSS 2004 : 39);
- Sensibilisation des décideurs à l'importance de la disponibilité des infrastructures récréatives et des services (à coût réduit ou gratuité) adaptés pour les familles avec de jeunes enfants sur l'ensemble du territoire;
- Création et gestion d'un groupe « Facebook » pour soutenir le réseautage des parents avec de jeunes enfants dans la communauté.

En conclusion, il ne s'agit pas de mettre en place tous ces exemples de projets, mais de fixer des priorités et de cibler des actions qui seront réalisables en fonction des moyens existants (MSSS, 2004:35). D'ailleurs, le Cadre de référence du programme SIPPE souligne l'importance de s'allier avec d'autres instances aux niveaux régional et national, car « l'action locale ne pourra à elle seule réussir à avoir des effets sur l'ensemble des déterminants de la santé et du bien-être des familles puisque plusieurs de ces déterminants requièrent des actions à un autre niveau » (MSSS, 2004:34).

Fascicule complémentaire C : L'arrimage avec l'Accompagnement des familles (AF)

Selon le modèle écologique, les deux composantes du programme SIPPE, l'Accompagnement des familles (AF) et le Soutien à la création d'environnements favorables (SCEF) ont été développées pour être complémentaires et pour se renforcer mutuellement (MSSS, 2004 : 23). Ainsi, au niveau local, un arrimage concerté entre les partenaires des deux composantes est favorisé.²¹

Concrètement, il y a différents **moyens d'optimiser la complémentarité** entre le SCEF et l'AF, par exemple :

- Des rencontres d'arrimage entre l'équipe interdisciplinaire de la composante AF du CSSS et l'instance de concertation responsable du SCEF (ou avec quelques représentants de celle-ci);
- La création d'un sous-comité d'arrimage, composé d'intervenants cliniques de l'équipe interdisciplinaire du CSSS et d'intervenants communautaires des organismes membres de l'instance de concertation responsable du SCEF;
- La coanimation d'activités par des intervenants de l'équipe interdisciplinaire du CSSS et des intervenants d'un organisme communautaire;
- La création de liens de soutien formalisés entre des intervenants de l'équipe interdisciplinaire du CSSS et des intervenants communautaires;
- Des contacts informels (accompagnement des parents vers les organismes communautaires par les intervenantes de l'AF, appels téléphoniques, etc.);
- La participation de l'organisateur communautaire aux rencontres de l'équipe interdisciplinaire;
- La présence des représentants des organismes communautaires lors des rencontres de l'équipe interdisciplinaire du CSSS afin de partager des informations et échanger à propos des actions et des activités en cours dans la communauté;
- La participation d'un représentant de l'équipe interdisciplinaire du CSSS (chef de programme, intervenant ou répondante clinique) aux rencontres de l'instance de concertation responsable du SCEF;
- La participation d'un représentant de l'équipe interdisciplinaire du CSSS (chef d'équipe, intervenant ou répondante clinique) aux processus de planification et d'évaluation de l'instance de concertation responsable du SCEF (ex. : analyse des besoins, plan d'action, comité de sélection, bilans, etc.).

Parmi les **retombées possibles** de ces types de collaborations pour les membres de l'instance de concertation, en voici quelques-unes:

- Une meilleure compréhension des activités, des rôles et des approches de chacun, ce qui facilite la référence ou l'accompagnement vers les ressources du milieu;
- L'identification des problèmes et des besoins qui peuvent demander des solutions collectives et la mise en œuvre d'actions appropriées (Elliott et Beauvais 2010:14);
- La bonification des approches, des stratégies ou des interventions utilisées avec les familles;
- Une meilleure circulation des informations pertinentes pour tous les partenaires;
- La planification d'un ensemble d'actions et de services complémentaires et continus;
- L'identification des familles plus vulnérables qui pourraient bénéficier des services offerts par les membres de l'instance de concertation (groupes communautaires, CSSS, ville, etc.);
- Le développement d'une vision plus globale des individus, des familles et de la communauté.

Finalement, l'arrimage entre l'AF et le SCEF facilite le travail auprès des familles, contribue à la réalisation de leurs projets de vie et permet de s'assurer que les familles les plus vulnérables peuvent profiter d'un soutien individuel ainsi que d'une intégration dans la communauté.

²¹ Dans ce fascicule complémentaire, l'arrimage entre l'AF et le SCEF est abordé afin de promouvoir l'approche intégrée du programme SIPPE. Cependant, tout arrimage entre partenaires des instances de concertation (parents inclus) est favorisé en vue de soutenir la création d'environnements favorables pour l'ensemble des enfants et des familles de la communauté – un point abordé plus en profondeur dans la section III de ce guide.

La participation des personnes et des communautés dans les processus décisionnels : Basé sur une reconnaissance de l'expertise citoyenne ainsi que de leur capacité d'influencer l'évolution de leur communauté, la participation des citoyens et d'autres acteurs du milieu communautaire implique qu'ils soient informés et consultés, mais aussi qu'ils prennent part aux décisions et agissent en conséquence. Ceci favorise la mise en œuvre d'actions et de projets plus appropriés, qui répondent le mieux possible aux besoins des citoyens et des communautés et qui sont adaptés à leur réalité. De plus, si les citoyens sont bien soutenus et peuvent s'engager dans leur communauté, cela contribue à renforcer le pouvoir d'agir des individus et de la communauté. Ainsi, la participation des personnes et des communautés est un élément fondamental du développement des communautés, même si elle demeure un défi à actualiser au quotidien.

Des stratégies de réduction des inégalités : La réduction des inégalités sociales et économiques constitue un enjeu important du développement des communautés. Sachant que ces inégalités se transforment en inégalités de santé et de bien-être, les actions visant à améliorer les conditions de vie (revenu, emploi, éducation, logement, inclusion sociale, sécurité alimentaire, accès aux services, etc.) sont donc essentielles pour réduire ces inégalités. Ce principe repose fortement sur les valeurs de justice sociale, d'équité et de solidarité et fait appel à la concertation et au partenariat intersectoriel ainsi qu'à la promotion de politiques publiques favorables à la santé.

L'empowerment (ou le renforcement du pouvoir d'agir) individuel et communautaire : L'*empowerment* désigne, chez l'individu ou la communauté concerné, la capacité d'agir de façon autonome ainsi que le processus pour atteindre cette capacité d'agir. L'*empowerment* individuel est indissociable de l'*empowerment* collectif dans la mesure où « une communauté capable d'agir est une communauté où ses membres mettent en commun leurs capacités et leurs ressources afin de devenir une communauté compétente » (INSPQ, 2002 : 25). L'*empowerment* repose sur la participation citoyenne et des organisations au processus d'action sociale et suppose « un développement **par** et **pour** l'ensemble du milieu » (Bourque et Mercier, 2008). L'objectif est d'augmenter le contrôle des individus et des communautés sur les différents déterminants sociaux de leur santé et ainsi de soutenir l'identification des réponses collectives aux enjeux locaux et à la mise en œuvre des projets définis et gérés par les communautés (DSP, 2011a: 48).

La concertation, le partenariat et l'intersectorialité : Le développement des communautés suppose une action sur divers déterminants sociaux de la santé dont les leviers d'action appartiennent à divers secteurs (économique, santé, scolaire, municipal, communautaire, etc.). Ainsi, il promeut que ces acteurs mettent en commun leurs compétences, leurs forces et leurs connaissances par le biais de la concertation intersectorielle, c'est-à-dire qu'ils se rassemblent et s'engagent dans un processus volontaire, plus ou moins formel et décisionnel, de mise en commun afin d'analyser, identifier et mettre en œuvre des solutions à des problèmes reconnus (INSPQ, 2002 : 26). De ces concertations peuvent émerger des partenariats : des projets communs ou conjoints entre divers partenaires qui « additionnent leurs expertises » (Bourque et Favreau, 2003 : 300) et qui ont des missions, objectifs, moyens d'action et durées définis (INSPQ, 2002 : 26).

²² Ce fascicule complémentaire est basé largement sur les travaux de l'INSPQ (2002) ainsi que sur des documents de consultation et de réflexion sur le développement des communautés non publiés (Desrochers et Beausoleil, 2009; Desrochers et coll., 2009).

L'harmonisation et la promotion des politiques publiques favorables à la santé : Les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être se situent à l'échelle municipale, régionale ou nationale et représentent un moyen pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. Les politiques publiques saines sont celles qui s'intègrent dans une intervention qui vise l'amélioration de l'environnement, des communautés et des milieux de vie, des habitudes de vie et des comportements ainsi que la réduction des inégalités sociales (INSPQ, 2002). D'un côté, les politiques publiques devraient favoriser la participation des citoyens et des communautés et, de l'autre côté, la participation à l'action politique devrait favoriser l'adoption de politiques publiques saines, de politiques qui serviront à réduire les conséquences des inégalités et favoriseront la mise en place de conditions favorables à la santé et au bien-être.

Fascicule complémentaire E : Facteurs favorisant et contraignant la participation des familles au processus d'action intersectorielle²³

Facteurs favorisant la participation des familles :

- Reconnaître les personnes qui vivent dans des situations de vulnérabilité comme des personnes à part entière et non comme des problèmes;
- Informer davantage les parents sur la possibilité et l'importance de leur participation aux discussions des tables de concertation;
- Prévoir des formes concrètes de soutien pour encourager les familles à participer aux instances de concertation, aux projets et aux activités (service de garde, transport, repas, compensation financière, etc.);
- Favoriser la disponibilité des intervenantes communautaires et du CSSS pour accompagner les familles;
- Inclure les familles ayant affronté des épreuves et ayant amélioré leur situation, pour soutenir l'accompagnement d'autres familles qui connaissent des défis particuliers;
- Offrir un accueil chaleureux et un soutien privilégié aux instances de concertation, aux projets et aux activités (ex. : expliquer le déroulement de la rencontre aux parents, s'assurer qu'ils peuvent exprimer leur point de vue et être écoutés, etc.);
- Adapter les rencontres, les outils et les activités à la réalité des familles (ex. : horaire accessible, langage compréhensible);
- Favoriser l'engagement progressif des familles, et ce, dès le début d'un projet;
- Respecter le rythme des familles et accepter qu'elles ne suivent pas toutes les étapes du processus;
- Motiver les familles à travailler en petits comités (ex. : sous-comités);
- Favoriser la réalisation des projets concrets et la participation des parents à des projets clairement définis, qui demandent peu de temps;
- Reconnaître qu'il y a différentes formes de participation et encourager les familles à s'impliquer à leur façon.

Facteurs contraignant la participation des familles :

- Les contraintes pratiques : transport, gardiennage, manque de temps;
- Les règles formelles et le langage hermétique et difficile d'accès des instances de concertation;
- Le manque de disponibilité des intervenants pour accompagner les familles dans le cadre des rencontres des instances de concertation, des projets et activités;
- La réticence de certains intervenants à inviter les familles à participer;
- La peur des parents d'être jugés;
- Le sentiment des parents d'être inutiles dans ce type d'instance de concertation;
- la disponibilité des familles qui vivent des problématiques importantes et préoccupantes;
- Le manque d'intérêt des familles à participer.

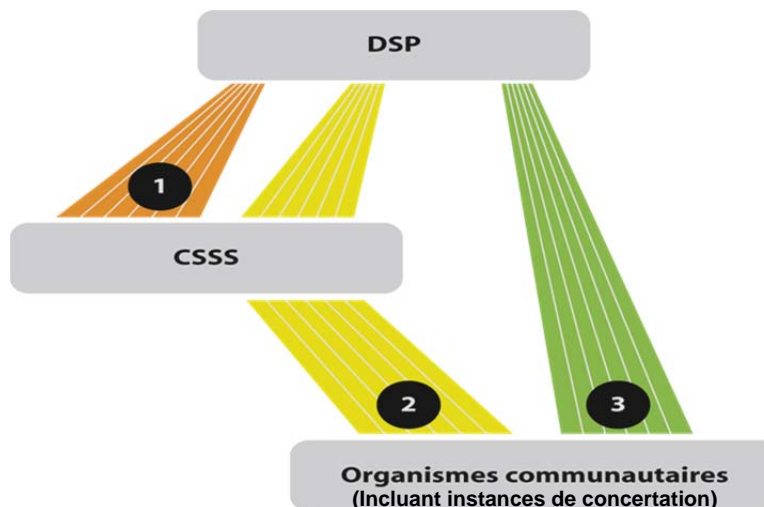
²³ Adapté de MSSS (2004 : 45) et Corneau (2010 :29).

Fascicule complémentaire F : Les trajectoires de financement²⁴

La Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP), dont les ressources sont à la fois dédiées à la réalisation d'activités régionales de santé publique et de soutien à la mise en œuvre des plans d'action locaux (PAL), contribue aux efforts consentis par les CSSS et les organismes communautaires par un financement annuel qui emprunte trois trajectoires :

- **Trajectoire 1** : Au niveau local, un financement est attribué à des CSSS, dans le cadre de la mise en œuvre du PAR, pour leur permettre d'exercer directement des activités de santé publique à portée locale (sur le territoire du CSSS) mises de l'avant par différentes mesures identifiées dans le PAL.
 - Ex. : La mesure 3.1 – composante *Accompagnement des familles* (AF) du programme SIPPE.
- **Trajectoire 2** : Cette allocation de fonds de la DSP transite par les CSSS. Elle vise à permettre de soutenir financièrement les activités inscrites dans les plans d'action intersectoriels et menées par des organismes communautaires, en respect de leur mission, le tout en cohérence avec le PAL du CSSS.
 - Ex. : La mesure 3.1 – composante *Soutien à la création d'environnements favorables* (SCEF) du programme SIPPE.
- **Trajectoire 3** : Dans le cadre de la mise en œuvre du PRSP, la DSP alloue directement des fonds destinés aux organismes communautaires ou aux instances de concertation pour réaliser des activités de santé publique à portée régionale, sous-régionale et parfois locale, dans le respect de leur mission. Certains fonds sont également alloués dans le cadre d'appel d'offres pour des projets ayant un début et une fin.
 - Ex. : La mesure 3.3 – *Y'a personne de parfait* (YAPP).

N.B. Ces enveloppes budgétaires sont distinctes. Ainsi, par exemple, dans le cadre du programme SIPPE le financement dédié au SCEF ne peut pas être utilisé par le CSSS pour embaucher des intervenants cliniques pour la mise en œuvre de l'AF.



²⁴ Ce fascicule complémentaire est basé sur des informations tirées du *Cadre de gestion du Programme régional de santé publique (PRSP) 2010-2015 : Année 2013-2014* (DSP, 2013).

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 