



**Évaluation du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)
des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité**

RÉSUMÉ

Principaux résultats de la recherche évaluative et pistes de réflexion pour l'action

Sylvie Gendron
Gilles Dupuis
Jacques Moreau
Carole Clavier

Jacinthe Lachance-Fiola
France Dupuis

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Département de psychologie, Université du Québec à Montréal
École de service social, Université de Montréal
Chaire Approches communautaires et inégalités de santé, Faculté de
médecine, Université de Montréal (affiliation au moment de la recherche)
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Cette recherche est financée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Ce rapport est un résumé condensé des trois rapports d'évaluation disponibles en version électronique via le site web du Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) :

www.clipp.ca

Rapport 1:

Gendron, S., Dupuis, G., Moreau, J., Lachance-Fiola, J., & Dupuis, F. (2013). *Évaluation du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 1. Évaluation de l'actualisation du PSJP: Axe Accompagnement des familles*. Rapport de recherche adressé au MSSS, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Version longue : http://www.clipp.ca/images/documents/rapports/rapport_1_psjp-af%20final_2014.pdf

Version courte : http://www.clipp.ca/images/documents/rapports/rapport_1_psjp_af_court_2014.pdf

Rapport 2:

Clavier, C., Gendron, S., Potvin, L., & Moreau, J. (2013). *Évaluation du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 2. Évaluation de l'actualisation du PSJP: Axe Création d'environnements favorables*. Rapport de recherche adressé au MSSS, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Version longue : http://www.clipp.ca/images/documents/rapports/rapport_2_psjp-cef_fin_2014.pdf

Version courte : http://www.clipp.ca/images/documents/rapports/rapport_2_psjp-cef_court_2014.pdf

Rapport 3:

Gendron, S., Moreau, J., Dupuis, G., Lachance-Fiola, J., & Clavier, C. (2013). *Évaluation du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Partie 3. Modélisation de cibles d'action du PSJP : Le développement des enfants et les parcours de vie des jeunes parents*. Rapport de recherche adressé au MSSS, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Version longue : http://www.clipp.ca/images/documents/rapports/rapport_3_psjp_fin_2014.pdf

Version courte : http://www.clipp.ca/images/documents/rapports/rapport_3_psjp_court_2014.pdf

DES CONTRIBUTIONS ESSENTIELLES À RECONNAÎTRE

Plus de 1450 personnes ont pris le temps de collaborer, avec générosité, sérieux et attention à cette recherche d'envergure.

Sans l'accueil des parents et leurs enfants, ainsi que les contributions et appuis d'intervenantes et de gestionnaires du réseau institutionnel et communautaire, ni la collecte de données, ni les comités qui ont accompagné le déroulement de cette recherche n'auraient pu rendre compte de la complexité des réalités vécues et des pratiques qui se déroulent.

Aussi, il nous importe de souligner la richesse humaine de ces divers moments de rencontre. Nous sommes à même de témoigner de l'engagement soutenu d'un ensemble d'acteurs pour réduire la vulnérabilité sociale et contribuer à la santé et au bien-être des enfants et leurs parents, à court, moyen et long terme. Il s'agit d'une force à reconnaître et à honorer.



Devenir mère à un jeune âge comporte de multiples défis et peut entraîner des désavantages à plusieurs niveaux pour les parents, pour l'enfant et pour la communauté. Afin d'assurer le développement optimal des bébés et des enfants de 0 à 5 ans nés de jeunes femmes qui ont moins de 20 ans, et pour contribuer à des projets de vie porteurs de réussite pour les jeunes parents, l'accès à des services destinés spécifiquement à ces familles est privilégié au Québec. Depuis 2004-2005, un programme de *Soutien aux jeunes parents* (PSJP) est implanté à travers l'ensemble des services de première ligne dans les Centres de santé et de services sociaux (CSSS).



Ce programme, qui fait partie des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (SIPPE), inclut deux axes d'intervention soit, l'accompagnement des familles (AF) et le soutien à la création d'environnements favorables (CEF).

- L'axe AF comprend un suivi individualisé, surtout à domicile ou au CSSS, offert principalement par des infirmières, travailleuses sociales, nutritionnistes ou psycho éducatrices. Des activités de groupe sont également offertes, souvent en collaboration avec des organismes communautaires.
- L'axe CEF comporte la mise en réseau de ressources, tant des secteurs de la santé et des services sociaux, que de l'éducation, du logement ou du transport, pour favoriser l'accessibilité des jeunes parents et leurs enfants aux services et pour améliorer leurs conditions de vie dans leurs communautés.



Dans un souci d'amélioration de la qualité du PSJP, le MSSS a mandaté une équipe pour réaliser l'évaluation de ce programme, selon ses composantes cliniques et communautaires. L'évaluation comporte trois objectifs généraux:

- 1) Documenter comment s'actualise le PSJP, dans ses deux axes AF et CEF.
- 2) Documenter des changements associés au programme.
- 3) Comprendre ce qui crée des changements, comment, pour qui, dans quel contexte.

La collecte de données s'est déroulée de 2006 à 2011, dans 18 CSSS auprès des équipes SIPPE de 7 régions du Québec et de partenaires communautaires. Une cohorte de 451 familles a été suivie de la grossesse jusqu'à 24 mois de vie du bébé, à l'aide de l'analyse de leurs dossiers cliniques en CSSS et d'une série de 4 rencontres auprès des mères, des pères et des bébés à 5 et 17 mois. De plus, 240 intervenants et gestionnaires ont participé à des enquêtes ou à des entretiens.

En ce qui a trait à **l'axe Accompagnement des familles du PSJP**, 10 principaux constats retiennent l'attention:

1. **Des jeunes parents vivant en contexte de vulnérabilité sociale sont rejoints par les intervenantes du PSJP, dès la grossesse.** Que ce soit en termes de reproduction intergénérationnelle de maternité précoce, de dépendance financière, de faible niveau de scolarité, d'une histoire de traumatismes vécus durant l'enfance ou l'adolescence pour plus de 80% des parents, ou d'un niveau élevé de détresse psychologique pendant la grossesse, la situation des jeunes femmes enceintes et des pères des enfants à naître est préoccupante.
2. **Les intervenantes ajustent l'intensité de l'intervention d'accompagnement selon leur jugement clinique des conditions de vulnérabilité sociale des jeunes parents** pour gérer l'entrée au programme, établir des priorités entre les familles accompagnées, privilégier certaines contributions professionnelles, ou mettre un terme à l'intervention. En particulier, durant la grossesse et avec l'arrivée du bébé, les familles qui présentent un *cumul plus important* de conditions de vulnérabilité sociale reçoivent une intensité d'intervention plus élevée. Toutefois, il y a une diminution plus précoce de l'intensité de l'accompagnement individualisé auprès de ces familles, dès la première année de vie de leur enfant, comparativement aux autres familles. Ayant obtenu réponse à leurs besoins, ces familles particulièrement vulnérables se déplacent moins pour rencontrer les intervenantes au CSSS.
3. **La durée envisagée de 5 années de suivi par des intervenantes du CSSS n'apparaît pas réaliste** considérant l'attrition notée de plus de 60% des familles après que le bébé ait atteint l'âge de 18 mois. Aussi, seulement 18% des familles de la cohorte participant à cette évaluation ont eu des contacts durant la totalité de la période recouvrant l'âge de 19-24 mois de vie du bébé. Néanmoins, les intervenantes tendent à demeurer disponibles pour répondre aux besoins émergents des familles, même si leur dossier est fermé. La «fin» de l'accompagnement offert est donc difficile à circonscrire.
4. **Le PSJP offre un potentiel inestimable pour le développement d'un lien signifiant avec des professionnelles d'expérience.** Ce lien est un ingrédient de résilience essentiel qui peut influencer positivement la trajectoire de vie des jeunes parents et le développement de leurs enfants, entraînant ainsi une réduction de coûts personnels et sociaux pour les familles et les communautés, à moyen-long terme. L'Évaluation du PSJP a mis en évidence une intensité soutenue d'intervention postnatale auprès de familles, notamment lorsque des décisions structurantes prises au niveau régional dès 2005-2006 ont fait en sorte qu'une part relative plus importante du budget du PSJP soit allouée à l'accompagnement des familles (plutôt qu'à l'axe CEF). Soulignons que lorsqu'il y a mise en mouvement d'un lien signifiant, cela crée des opportunités de valorisation pour les jeunes parents ainsi que la construction d'un espace social sécurisant. Des mères ont raconté:



Ça c'est très valorisant. Parce que tu le sais que tu fais bien, mais se le faire dire c'est autre chose, tu sais, surtout par une infirmière qui est spécialisée là-dedans.

T'es insécure avec quelque chose pis, tu sais, ils l'ont le tour pour te rassurer, te sécuriser ... Tu sais, si jamais il arrive de quoi, je le sais à qui en parler, qui pourrait m'aider encore plus vite là. Dans le fond, chaque fois qu'on avait besoin d'eux, ils étaient là.

5. Les infirmières, qui représentent plus de la moitié des intervenantes du PSJP et qui accompagnent la quasi-totalité des familles, ont peu accès à de la supervision clinique. Pourtant, la construction d'un lien signifiant, un principe fondamental de l'accompagnement, présente divers enjeux à travers la confrontation à la vulnérabilité et aux conséquences de diverses formes d'abus ou de négligence vécus par une part importante des jeunes parents.
6. Les équipes interprofessionnelles du PSJP organisent de manière différente l'offre de services d'accompagnement aux familles; et une majorité d'équipes présente moins d'opportunités de travail en collaboration. Les équipes qui comportent davantage d'espaces de collaboration, où se conjuguent les dimensions sociales et de santé de l'intervention, semblent créer des conditions plus favorables à la présence prolongée d'une même intervenante auprès d'une famille.
7. Les équipes du PSJP entretiennent des liens avec une diversité de ressources pour accroître l'offre de services aux familles, qu'il s'agisse de ressources internes au CSSS ou de ressources institutionnelles ou communautaires du réseau local. Des gestionnaires, des organisateurs communautaires ou d'autres intervenantes désignées ont pour mandat spécifique de favoriser l'interconnaissance des acteurs. Cependant, les relations établies demeuraient peu structurées en 2010 et comportaient peu de mécanismes propices à la formalisation de collaborations durables.
8. L'offre de formation continue en appui aux intervenants du PSJP apparaît hétérogène et ponctuelle malgré les modules de formation élaborés par le MSSS. Qu'il s'agisse de professionnelles déjà en exercice ou nouvellement introduites dans les équipes, des dimensions centrales de l'intervention d'accompagnement sont peu abordées: le développement de l'enfant, le renforcement de compétences parentales et l'insertion socioprofessionnelle des jeunes parents. Aussi, il y a peu de formation continue ou de mesures de soutien, tant auprès d'intervenants en CSSS que dans les organismes communautaires partenaires, portant sur le travail en collaboration ou en partenariat, une composante pourtant essentielle de ce programme.
9. Il y a quasi-absence de liens de référence documentés ou rapportés entre les intervenantes du PSJP et les médecins qui suivent les jeunes femmes durant ou après la grossesse. Il s'agit d'un enjeu déjà formulé au terme des premières évaluations du programme québécois *Naître égaux – Grandir en santé*. Ceci est d'autant plus préoccupant que la santé physique de la mère n'apparaît pas comme objet d'intervention prioritaire dans les dossiers cliniques des jeunes femmes, que ce soit durant la grossesse ou subséquemment. À cet égard, la consommation tabagique au début de la grossesse et durant la grossesse est généralement plus élevée que des données d'enquêtes canadiennes menées auprès de populations similaires.
10. Il a maintes fois été exprimé, par divers intervenants et gestionnaires, qu'il est essentiel de se doter d'indicateurs qui rendent davantage compte de l'intervention réalisée. Cette évaluation illustre que le PSJP comporte divers types de contacts avec les familles, individualisés ou en groupe, à domicile, au CSSS ou ailleurs. De plus, une diversité de critères est employée pour évaluer la vulnérabilité sociale des familles: une variation a été notée entre les équipes et au sein d'une même équipe. Tant un nombre restreint d'indicateurs, que leur disparité, réduisent la capacité des équipes et des décideurs à apporter des ajustements qui pourraient être bénéfiques au PSJP, particulièrement auprès de familles vivant un cumul important de conditions de vulnérabilité.

En ce qui a trait à l'axe **Création d'environnements favorables du PSJP**, 7 principaux constats sont formulés :

1. L'axe CEF du PSJP permet principalement de prolonger, dans la communauté, l'offre de services aux familles dans la continuité de l'accompagnement privilégié réalisé par les intervenantes en CSSS. Le programme finance majoritairement des projets de soutien aux compétences des parents ou de stimulation des enfants et des projets permettant d'élargir le réseau de soutien des familles pendant la période pré et post-natale. Ces projets s'adressent directement aux familles pour leur fournir des services ou des ressources.
- 
2. Dans une moindre mesure, l'axe CEF du PSJP soutient des collaborations et des projets à dimension intersectorielle qui visent à agir sur les conditions de vie des familles en situation de vulnérabilité comme le logement, le transport, l'éducation ou l'insertion socioprofessionnelle. Dans certains cas, ces initiatives ne s'adressent pas directement aux familles mais plutôt à des tables de concertation ou à des institutions qui sont en position d'agir sur ces déterminants sociaux de la santé et du bien-être des familles.
 3. Les comités CEF, implantés à la demande des CSSS, sont majoritairement composés de représentants d'organismes communautaires spécialisés dans l'intervention sociale et de santé auprès des familles et mobilisent la majeure partie de leurs ressources pour la gestion de l'axe CEF du PSJP. Le PSJP devient, souvent, le seul objet de concertation avec la réalisation des activités attendues par le programme soit, des études de besoin, l'élaboration de plans d'action ou la sélection et le suivi de projets financés.
 4. Les comités CEF ont développé différentes stratégies pour établir leurs priorités d'action et gérer la sélection de projets à financer. Ce dernier élément est l'enjeu central de la coopération. La majorité de comités s'étant retrouvés à la fois juges et partis pour la répartition du financement disponible, diverses procédures et des critères ont été élaborés.
 5. Il n'y a pas d'indication que des jeunes parents soient membres des comités CEF, ni d'autres instances associées à ces comités. Les familles concernées ne contribuent donc pas à l'élaboration de priorités d'action ou de projets de la CEF. Les comités CEF prennent principalement appui sur leurs membres et des intervenantes des CSSS pour déterminer le contenu de la CEF.
 6. Les organisatrices communautaires ou intervenantes de milieu qui soutiennent les comités CEF y jouent un rôle d'interface essentiel pour le PSJP. Elles exercent trois types d'activité : des activités *logistiques* de soutien qui incluent la préparation des comptes-rendus des réunions et la centralisation des informations; des activités *stratégiques* pour consolider et créer de nouveaux liens au sein du comité et avec d'autres partenaires aux intérêts parfois divergents; et des activités *cognitives* pour favoriser la compréhension mutuelle et la co-construction de savoirs et de pratiques entre des partenaires de cultures différentes afin d'orienter la mise en œuvre de la CEF. Le soutien de leur chef de programme en CSSS est essentiel, d'autant plus qu'elles ne reçoivent qu'un soutien ponctuel des DSP dont les décisions relatives à la gestion du programme exercent pourtant une influence sur les ressources financières disponibles pour la CEF.

7. Deux trajectoires d'appropriation de la CEF ont été mises en évidence au sein des comités CEF:
- Une trajectoire de continuité avec l'intervention d'accompagnement des familles du PSJP qui vise la (re)production d'un *filet de sécurité* aux familles vulnérables via l'offre de services de soutien et de ressources matérielles. Les membres de ces comités visent davantage la poursuite du financement des projets et activités de leurs organisations respectives. Les organisatrices communautaires qui soutiennent ces comités s'impliquent plus directement dans le développement des projets CEF, ont généralement une formation clinique et accompagnent également des familles avec leurs équipes interprofessionnelles du PSJP en CSSS.
 - Une trajectoire de *décloisonnement* selon laquelle les comités CEF entretiennent des liens avec d'autres concertations en dehors de leur comité, pour influencer et mobiliser des acteurs qui ont en main des leviers pour agir sur d'autres déterminants sociaux de la santé qui affectent les conditions de vie des familles. Cette trajectoire représente un potentiel plus élevé pour l'action intersectorielle visée par le *Cadre de référence* des SIPPE. Ces comités CEF incluent davantage de membres hors des secteurs de la santé et des services sociaux. Ils ont instauré des espaces de délibération collective pour établir des priorités d'action et mettre à l'essai des règles de fonctionnement et des critères pour la sélection de projets à financer. Aussi, les organisatrices communautaires qui soutiennent ces comités CEF portent surtout leur attention sur les processus de la concertation et ont une formation qui met l'accent sur la dimension collective de l'action.



Moi, en tout cas, je travaille beaucoup plus sur des dossiers qui mènent à des processus de discussion, réflexion, contrairement à d'autres collègues où c'est plus des dossiers où on va mettre sur pied (...) des (projets). Donc je me sens comme l'instrument... [je suis] vraiment celle qui coordonne les processus.

Enfin, en ce qui a trait à des **cibles d'action de l'intervention PSJP** qui ont pu être documentées auprès de familles dont les enfants sont nés entre 2006 et 2009, les résultats témoignent d'une situation favorable, dans l'ensemble, en ce qui a trait aux issues de grossesse, à la croissance des bébés, ainsi qu'au développement cognitif-langagier, moteur et socio-affectif des enfants à 17 mois.



Toutefois, certaines dimensions du programme pourraient davantage être appuyées et consolidées pour favoriser le développement optimal des enfants de jeunes mères de moins de 20 ans et accompagner les jeunes parents dans leurs parcours de vie. La conjonction de certaines réalités de vulnérabilité sociale des familles et de conditions de déploiement du programme suggère, sans conteste, que le développement cognitif-langagier et moteur des enfants rencontrés via le PSJP pourrait s'avérer moins favorable durant leurs années préscolaires et subséquentes.

Ainsi, cette recherche évaluative indique que **certaines trajectoires** de la réalité de vulnérabilité sociale des familles (*celles qui cumulent davantage de conditions de vulnérabilité sociale au début de la grossesse*) et du parcours de vie des jeunes femmes durant la deuxième année de leur enfant (*celles dont la principale source de revenu demeure l'État*) sont significativement associées à un **potentiel de développement non-optimal des enfants à 17 mois** aux niveaux cognitif-langagier ou moteur. Ces trajectoires renvoient, notamment, à des conditions qui influencent **la disponibilité des parents et la qualité de l'interaction parent-enfant**.

Sachant que l'intervention d'accompagnement, en CSSS, est marquée par une diminution plus précoce de l'intensité d'intervention auprès de familles qui cumulent davantage de conditions de vulnérabilité sociale; et que moins de 40% des familles demeurent en contact avec des intervenantes privilégiées du PSJP après que le bébé ait atteint l'âge de 18 mois, ce constat soulève des questions quant à l'intensité et la durée de l'accompagnement privilégié **selon les trajectoires et réalités des familles**.

Par ailleurs, une **modélisation** proposée au terme de cette recherche évaluative pose l'**enjeu** de la part relative des ressources à dédier à l'intervention directe et individualisée auprès des parents et de leurs enfants à travers la poursuite des axes de l'AF en CSSS et de la CEF dans le réseau local de services (RLS).

En particulier, il s'avère qu'**une moins grande priorité de financement accordée à l'axe AF est associée à trois conditions**, soit :

- une **intensité moins élevée d'accompagnement privilégié** auprès des familles, en CSSS, durant les 18 premiers mois de vie de l'enfant;
- un **potentiel plus élevé** de développement cognitif-langagier ou moteur **non-optimal** détecté parmi les enfants dès l'âge de 17 mois; et
- l'instauration de **deux trajectoires complémentaires de la CEF qui s'inscrivent dans la perspective du modèle écologique** retenu par les promoteurs des SIPPE, selon les principes de l'intervention précoce en situation de vulnérabilité sociale: l'une met l'accent sur des processus collectifs de décloisonnement favorables à de l'action intersectorielle pour agir sur les conditions de vie des familles, tandis que l'autre vise plutôt la (re)production de projets qui s'inscrivent dans la continuité de l'axe AF du PSJP afin de fournir des biens et des services directement aux familles.

Il importe de souligner que ces deux trajectoires complémentaires de la CEF demeuraient peu formalisées ou en cours d'expérimentation au moment de cette évaluation de programme, tout comme l'était la collaboration entre les ressources du RLS et les équipes du PSJP. En conséquence, dans la mesure où les familles et intervenantes du PSJP sont moins en contact après que l'enfant ait atteint l'âge de 18 mois, il serait prématuré de conclure qu'il importe d'accorder d'emblée la priorité de financement à l'axe AF du programme sans avoir établi la véritable portée des pratiques collectives émergentes et de collaboration entre les équipes du PSJP et les ressources du RLS au regard du développement des enfants.

Considérant ces constats, **10 pistes de réflexion** complètent ce résumé, principalement à l'intention d'instances locales, régionales et ministérielles engagés dans les SIPPE. Selon les principes reconnus d'une intervention précoce en contexte de vulnérabilité sociale, ces pistes visent à:

- assurer une certaine intensité d'accompagnement individualisé à travers le développement de liens signifiants pour les familles;
- faciliter une diversité de modalités de contacts auprès des familles, en collaboration avec un réseau de ressources accessibles et sensibles aux réalités des jeunes parents et leurs enfants; et
- déployer une action globale auprès des enfants et leurs parents, laquelle comporte autant l'accès à des services de soutien et à des ressources matérielles que le déploiement de relations d'influence pour mobiliser diverses instances de concertation ou d'autres institutions locales en vue d'améliorer les conditions de vie des familles.

En particulier, les pistes de réflexion identifiées dans le tableau suivant constituent **des zones d'optimisation essentielles du PSJP** qu'il y aurait lieu de consolider avec des représentants des acteurs suggérés, ceci dans **la poursuite des deux axes complémentaires du programme** soit *l'Accompagnement des familles* et *la Création d'environnements favorable*, pour:

- appuyer la pratique d'accompagnement portée par les intervenantes des CSSS;
- soutenir la collaboration des équipes PSJP avec des ressources du réseau local de services des CSSS;
- consolider la pratique des organisatrices communautaires et des intervenantes de milieu qui interviennent à l'interface des acteurs institutionnels et communautaires interpellés par le PSJP;
- prendre en compte le point de vue des familles quant aux ressources correspondant à leurs réalités; et
- identifier des outils, mécanismes ou indicateurs pour renforcer le déploiement et l'ajustement de l'intervention, en appui au soutien direct aux familles et à l'action collective pour agir sur des déterminants sociaux qui peuvent faire une différence dans les conditions de vie des jeunes parents et leurs enfants.

Ces pistes de réflexion pour l'action, fondées sur une recherche évaluative d'envergure, sont davantage élaborées dans les trois rapports de recherche. Elles sont complémentaires à des recommandations déjà émises en 2011 par des instances régionales et ministérielles du *Comité conseil post-chantiers sur les SIPPE*. Le PSJP étant une initiative porteuse d'un potentiel signifiant pour la santé et les conditions de vie de jeunes parents vivant diverses réalités de vulnérabilité sociale, il importe de poursuivre l'action, notamment dans la mesure où celle-ci génère des dynamiques d'interaction entre les jeunes parents et leurs enfants qui soient favorables au développement optimal de ces derniers. Un investissement soutenu dans le bagage d'expérience des acteurs du PSJP demeure donc essentiel pour la poursuite de cet important programme d'intervention précoce au Québec. Au-delà d'une question liée à la productivité de notre société, il s'agit d'un impératif fondamental de justice sociale.

Pistes de réflexion pour l'action	Pour qui ?
L'axe Accompagnement des familles	
L'instauration de formation continue à l'intention des intervenantes du PSJP et d'organismes communautaires partenaires de l'équipe, notamment en appui à l'interaction parent-enfant	<ul style="list-style-type: none"> ✓ intervenants locaux des CSSS ✓ intervenants des réseaux locaux des CSSS ✓ intervenants régionaux des Directions de santé publique ✓ instances concernées du MSSS
L'identification de critères à partir desquels évaluer la vulnérabilité sociale des familles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ intervenants régionaux des Directions de santé publique ✓ instances concernées du MSSS
L'identification de mécanismes et d' indicateurs pour rendre compte de la diversité des contacts réalisés et déterminer la durée réelle de l'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> ✓ intervenants régionaux des Directions de santé publique ✓ instances concernées du MSSS
La mise à contribution des infirmières au suivi de santé des jeunes femmes, en collaboration avec des médecins	<ul style="list-style-type: none"> ✓ intervenants locaux des CSSS ✓ intervenants régionaux des Agences régionales de santé et de services sociaux
L'instauration de supervision clinique pour les infirmières, avec leurs équipes interprofessionnelles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ intervenants locaux des CSSS ✓ intervenants régionaux des Directions de santé publique
L'élaboration de mécanismes pour appuyer la collaboration entre les équipes PSJP et les ressources des CSSS et leur réseau local	<ul style="list-style-type: none"> ✓ intervenants locaux des CSSS ✓ intervenants des réseaux locaux des CSSS ✓ intervenants régionaux des Directions de santé publique
L'axe Création d'environnements favorables	
L'instauration de mesures de soutien ou de formation continue pour consolider les pratiques des organisatrices communautaires ou intervenantes de milieu engagées dans la CEF	<ul style="list-style-type: none"> ✓ organisatrices communautaires expérimentées ✓ gestionnaires des équipes SIPPE des CSSS ✓ intervenants régionaux des Directions de santé publique
L'identification d' indicateurs pour distinguer les projets CEF financés selon les deux visées de la CEF soit, le filet de sécurité et le décloisonnement	<ul style="list-style-type: none"> ✓ intervenants régionaux des Directions de santé publique ✓ instances concernées du MSSS
L'instauration d'espaces de partage des expériences, procédures et outils développés par les comités CEF pour formaliser des mécanismes et indicateurs de mise en œuvre de la CEF et en favoriser l'appropriation selon ses deux visées	<ul style="list-style-type: none"> ✓ acteurs des différents secteurs représentés sur les comités CEF ✓ intervenants régionaux des Directions de santé publique ✓ instances concernées du MSSS
La prise en compte du point de vue et la participation des familles à la CEF	<ul style="list-style-type: none"> ✓ acteurs locaux des CSSS et des comités CEF

Analyse et rédaction

Sylvie Gendron	Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Gilles Dupuis	Département de psychologie, Université du Québec à Montréal
Jacques Moreau	École de service social, Université de Montréal
Carole Clavier	Chaire Approches communautaires et inégalités de santé, Faculté de médecine, Université de Montréal (affiliation au moment de la recherche)
Jacinthe Lachance-Fiola	Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
France Dupuis	Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Contribution à la conception, planification ou mise en œuvre de l'évaluation

Céline Goulet	Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Sylvie Gendron	Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Gilles Dupuis	Département de psychologie, Université du Québec à Montréal
Jacques Moreau	École de service social, Université de Montréal
Carole Clavier	Chaire Approches communautaires et inégalités de santé, Faculté de médecine, Université de Montréal (affiliation au moment de la recherche)
Linda Bell	École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke
Marie Marquis	Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal
Geneviève Turcotte	Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire
France Dupuis	Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Jocelyne Saint-Arnaud	Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Carl-Ardy Dubois	Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Audette Sylvestre	Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval
Angèle Bilodeau	Direction de santé publique de Montréal
Louise Potvin	Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université de Montréal
Denise St.-Cyr Tribble	École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke
Suzanne Dugré	Unité d'enseignement et de recherche en science du développement humain et social, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Coordination

Renée Séguin (2004-2009); Lise Lamontagne (2009-2010); Michèle Laramée (2010-2011)

Agents de recherche, bureau de coordination

Fanny Badaroudine, Chantal Bayard, Claire David, Marie Drouin, Urielle Étienne, Laura El-Hachem, Sata Fall, Ariane-Hélène Fortin, Nadia Gallichan, Marie-Hélène Goulet, Julie Laforest, Lise Lamontagne, Michèle Laramée, Anika Mendell, Jérôme Millette, Julie Nicolas, Madeline Pierre, Virginie Poisson, Lauralie Richard, Manon Savard, Corine Voyer, Johanna Vyncke

Gestion des données statistiques

Guy Racicot, Jean-Pierre Martel, Anélie-Sarah Anestin, France Bédard, Stéphanie Goron, Anaïs Morin-Turmel, Nathalie Théberge-Lapointe, Émilie Trahan

Collecte de données auprès des familles

Caroline Alix, Tricia Bourdages, Annick Buisson, Andrée Cousineau, Marie Crépeau, Claire Ferschke, Claudie Gervais, Jeanne d'Arc Landry, Noémie Latulippe, Sonia Laroche, Myriam Lévesque, Valérie Maltais, Ginette Moreau, Nancy Nolette, Elaine Pelletier, Desneiges Pépin, Annie Rondeau, Christiane Roy, Manon St.-Germain, Geneviève Thiffault, Valérie Vekeman, Michelle Viens, Shirley Vigneault