



Prévenir la maltraitance des enfants par le soutien au rôle parental
Différenciation du système *Triple P*
par rapport aux autres programmes en usage au Québec

Marie-Hélène Gagné
Marie-Claude Richard
Christine Dubé

Février 2015

Prévenir la maltraitance des enfants par le soutien au rôle parental

**Différenciation du système *Triple P*
par rapport aux autres programmes en usage au Québec**

Ce document a été élaboré par :

Marie-Hélène Gagné, Ph.D.
Professeure titulaire, École de psychologie

Marie-Claude Richard, Ph.D.
Professeure adjointe, École de psychologie

Christine Dubé, Ph.D. cand.
Auxiliaire de recherche

Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance
Université Laval
Février 2015

Comment citer ce document

Gagné, M.-H., Richard, M.-C., & Dubé, C. (2015). *Prévenir la maltraitance des enfants par le soutien au rôle parental. Différenciation du système Triple P par rapport aux autres programmes en usage au Québec*. Québec : Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, Université Laval.

Financement

Cette analyse a été financée par la Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance, dont les fonds proviennent du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, du Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec et l'Association des centres jeunesse du Québec.

Remerciements

Merci à Sylvie Drapeau et Sylvie Normandeau pour leurs commentaires constructifs sur la démarche sous-jacente à ce rapport. Merci également à toutes les personnes consultées qui, par leur regard critique, ont aidé à nuancer différents aspects de l'analyse.

Conflits d'intérêts

Les auteures ne rapportent aucun conflit d'intérêts.

Dans le présent document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en mentionner la source.

Production : © Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance
Centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque (JEFAR)
Pavillon Charles-De Koninck, local 2444
1030, avenue des Sciences-Humaines
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6

Téléphone : 418 656-2131 poste 3431

Télécopieur : 418 656-7787

Site internet : www.chairemaltraitance.ulaval.ca

SOMMAIRE

Dans une perspective de prévention de la maltraitance envers les enfants, le but de la présente analyse est de différencier Triple P des autres programmes de soutien au rôle parental actuellement en usage au Québec, afin de faire ressortir ses aspects uniques, originaux ou complémentaires.

La méthode de recension des programmes inclut la consultation de diverses bases documentaires spécialisées, de sites web et d'informateurs-clés provenant de divers milieux et secteurs d'activités.

Pour être inclus dans l'analyse, le programme devait viser le soutien à la parentalité, être structuré et évalué (ou en voie de l'être) et être couramment utilisé au Québec (ou avoir un potentiel de dissémination). Les programmes ayant une portée strictement locale n'ont pas été recensés.

Au terme de la démarche de recension, six programmes ont été retenus comme comparables à Triple P : (1) Ces années incroyables (CAI), (2) le volet « Accompagnement des familles » des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), (3) le Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC²), (4) Y'a personne de parfait (Y'APP), (5) l'expérimentation québécoise du *Community Parent Education Program* (COPE / ÉQUIPE) et (6) le Programme périnatal de prévention du syndrome du bébé secoué (PPPSBS).

Chaque programme a fait l'objet d'une analyse descriptive rapportée par l'entremise de sept fiches synthèses. Cette analyse a notamment porté attention au niveau de preuves scientifiques disponibles pour chaque programme selon des systèmes de classification reconnus, au(x) type(s) de prévention couvert(s) (universel, sélectif, indiqué) et à l'état actuel de déploiement au Québec.

Les programmes ont ensuite fait l'objet d'une analyse comparative selon (1) leurs fondements et leur orientation, (2) leurs modalités et outils d'intervention, et (3) leurs principaux effets documentés par la recherche. Trois tableaux présentent les différents éléments de cette analyse.

Finalement, l'analyse de différenciation de Triple P mène aux constats suivants :

1. Triple P se différencie bien des SIPPE, du PAPFC² et du PPPSBS, tout en présentant suffisamment de points communs pour faciliter les arrimages. Utilisés de façon complémentaire, ces quatre programmes couvriraient l'ensemble des familles d'enfants de 0-12 ans et offriraient un continuum de services allant de la promotion / prévention au traitement.
2. Triple P se distingue de Y'APP et COPE / ÉQUIPE par son approche en gradins et par la variété de ses modalités d'intervention, qui lui confèrent une portée préventive plus grande. Y'APP et COPE pourraient se comparer au niveau 4 « Groupe » de Triple P.
3. Triple P et CAI se ressemblent beaucoup. Il s'agit de programmes à données probantes, internationalement reconnus, qui offrent une vaste gamme de possibilités, mais qui sont exigeants à implanter dans leur intégralité. CAI offre des activités aux enfants, ce que Triple P ne fait pas. Par contre, le gradin préventif de Triple P est plus clair que celui de CAI.

En somme, si l'objectif consiste à engager la communauté dans une démarche visant à promouvoir les pratiques parentales positives, non seulement pour réduire les problèmes de comportement des enfants, mais aussi pour réduire la maltraitance envers eux, Triple P est le meilleur choix en raison de son approche de marketing social, de son gradin préventif clair et de ses résultats préventifs prometteurs.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	iii
Mise en contexte, but et objectifs	1
Prévenir la maltraitance dans une optique de soutien à la parentalité	2
Le système Triple P en tant que moyen pour prévenir la maltraitance.....	4
Méthode de recension des programmes.....	6
Critères de sélection et définitions.....	6
Déroulement.....	7
Analyse descriptive des programmes retenus	11
Niveau de preuves scientifiques.....	11
Niveaux de prévention	12
Analyse comparative des programmes retenus	13
Fiches descriptives	14
Triple P.....	14
CAI.....	15
SIPPE.....	16
PAPFC ²	17
Y'APP	18
COPE / ÉQUIPE.....	19
PPPSBS.....	20
Tableaux comparatifs.....	21
Différenciation de Triple P	25
Triple P vs CAI.....	25
Triple P vs SIPPE.....	25
Triple P vs PAPFC ²	26
Triple P vs Y'APP.....	26
Triple P vs COPE / ÉQUIPE.....	27
Triple P vs PPPSBS.....	27
Conclusion.....	28

TABLEAUX ET ANNEXES

Tableau 1 : Potentiel des programmes de soutien au rôle parental pour prévenir la maltraitance ..	3
Tableau 2 : Liste des personnes et des milieux consultés.....	8
Tableau 3 : Liste des programmes et initiatives recensés (par ordre alphabétique).....	9
Tableau 4 : Programmes non retenus pour l'analyse et raisons d'exclusion	10
Tableau 5 : Typologie des stratégies de prévention.....	13
Tableau 6 : Fondements et orientations des programmes	21
Tableau 7 : Applications des programmes au Québec.....	22
Tableau 8 : Les principaux effets documentés sur la clientèle ou sur les cibles d'intervention	24
Figure 1 : Le gradin d'intervention de Triple P	5
Annexe1 : Résultats des méta-analyses sur l'efficacité de Triple P.....	35

MISE EN CONTEXTE, BUT ET OBJECTIFS

Au Québec, un regroupement de chercheurs¹ et de partenaires du milieu² est mobilisé autour de la mise en œuvre et de l'évaluation du système Triple P – *Positive Parenting Program* – dans une visée de prévention de la maltraitance envers les enfants. Ce système intégré de soutien au rôle parental est expérimenté dans deux territoires de CLSC : Orléans à Québec, et Mercier-est / Anjou à Montréal.

Initialement développé pour prévenir et atténuer les problèmes émotionnels et de comportement chez les enfants en soutenant le développement des habiletés parentales (Sanders, 1999), Triple P a ensuite été proposé comme moyen pour prévenir la maltraitance envers les enfants (Sanders, Cann, & Markie-Dadds, 2003a, 2003b), avec des résultats probants aux États-Unis (Prinz, Sanders, Shapiro, Whitaker, & Lutzker, 2009) et en Australie (Sanders, Ralph, Sofronoff, Gardiner, Thompson, Dwyer, et al., 2008). Adoptant une approche positive qui favorise l'autorégulation des parents, Triple P invite l'ensemble des parents d'une communauté à adopter des « pratiques parentales positives » et, implicitement, à réduire leur recours à des pratiques coercitives ou négligentes.

Au Québec, Triple P ne s'implante pas en terrain vierge : d'autres programmes de soutien au rôle parental sont offerts par des établissements de santé et de services sociaux et par des organismes communautaires. Dans ce contexte, la décision d'expérimenter Triple P soulève des interrogations en ce qui concerne l'arrimage de ce programme à ce qui est déjà en place. Ce nouveau programme pourrait être perçu comme une menace aux pratiques établies et susciter la résistance des organisations ou individus concernés (Gibbs & Gambrill, 2002), surtout s'il semble dédoubler ce qui se fait déjà ou s'il paraît incompatible avec l'organisation actuelle des services. C'est pourquoi le degré auquel le Triple P diffère de ce qui est déjà en œuvre sur le terrain, c'est-à-dire sa « **différenciation** » (Bérubé, Coutu, Dubeau, Lafantaisie, & Devault, 2013; Durlak, 2010; Meyers, Katz, Chien, Wandersman, Scaccia, & Wright, 2012), doit être établie. C'est le but poursuivi par la présente analyse.

La différenciation de Triple P sera établie en deux étapes : (1) recension des programmes de soutien au rôle parental déjà en usage au Québec et qui pourrait être comparables à Triple P, et (2) identification des similitudes et des divergences entre Triple P et ces autres programmes.

¹ Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance : Marie-Hélène Gagné, titulaire (Laval), Liesette Brunson (UQAM), Marie-Ève Clément (UQO), Sylvie Drapeau (Laval), Catherine M. Lee (Ottawa), Tristan Milot (UQTR), Sylvie Normandeau (Montréal), Robert Pauzé (Laval), Geneviève Piché (UQO), Marie-Claude Richard (Laval).

² La liste des partenaires peut être consultée sur le site web suivant : www.chaire-maltraitance.ulaval.ca

PRÉVENIR LA MALTRAITANCE DANS UNE OPTIQUE DE SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la maltraitance envers les enfants :

s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano-Ascencio, 2002, p. 65)

Il s'agit d'un problème de santé publique important qui commande non seulement des interventions réactives (comme la protection de l'enfance) et curatives (comme les thérapies destinées aux jeunes victimes ou aux parents maltraitants), mais aussi des **interventions préventives** (Gagné, Melançon, & Malo, 2009). Compte tenu de l'importance des coûts individuels (Wang & Holton, 2007) et sociaux associés à la maltraitance (Gilbert, Spatz Widom, Browne, Fergusson, Webb, & Janson, 2009) et de sa propension à se reproduire d'une génération à l'autre (Egeland, Bosquet, & Chung, 2002), l'idée d'intervenir en amont du problème pour réduire son incidence s'est rapidement imposée aux experts dans le domaine.

La **prévention** consiste à éliminer ou à réduire les facteurs qui augmentent le risque d'apparition d'un problème, tout en renforçant les capacités individuelles et collectives à faire face au stress et à l'adversité (Albee, 1982; Pransky, 1991). Comme d'autres problèmes de santé publique, la maltraitance est multidéterminée par des facteurs qui se retrouvent à tous les niveaux de l'écologie sociale (Belsky, 1993; Belsky & Stratton, 2002). Un ouvrage récent a mis à jour les facteurs associés à diverses formes de maltraitance (Dufour & Chamberland, 2009). Dans l'ensemble, ces facteurs se rapportent aux vulnérabilités des parents et de l'enfant, aux perturbations des relations familiales et conjugales, à la compétence parentale, aux conditions de vie des familles et à des influences socioculturelles. Plusieurs facteurs sont communs aux différentes formes de maltraitance, notamment à l'abus physique, aux mauvais traitements psychologiques et la négligence. D'ailleurs, ces formes de maltraitance surviennent souvent en cooccurrence (Clément, Lespérance, & Chamberland, 2013; Trocmé, Fallon, MacLaurin, Sinha, Black, Fast, et al., 2010).

Ainsi, prévenir la maltraitance consiste, entre autres, à aider les parents à développer leurs compétences et à gérer et résoudre leurs conflits familiaux et conjugaux. C'est pourquoi les programmes d'intervention psychosociale destinés à soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle sont l'une des principales stratégies utilisées pour prévenir la maltraitance (Asawa, Hansen, & Flood, 2008; Daro & Donnelly, 2002).

En agissant sur l'environnement proximal de l'enfant, i.e. sa famille et sa relation avec ses parents, les programmes de soutien à la parentalité ont un potentiel d'impact sur plusieurs facteurs associés à la maltraitance. Le Tableau 1 illustre divers facteurs proximaux qui sont reconnus pour accroître le risque de maltraitance envers les enfants. Il montre aussi comment les programmes de soutien au rôle parental peuvent agir sur un ou plusieurs de ces facteurs afin de prévenir la maltraitance.

Tableau 1

Potentiel des programmes de soutien au rôle parental pour prévenir la maltraitance

Facteurs de risque proximaux	Ce que font les programmes qui ont le potentiel de prévenir la maltraitance :
Risques liés à l'enfant :	
<p>Jeune âge de l'enfant</p> <p>Prématurité, petit poids à la naissance, maladie, déficit / déficience, retard de développement</p> <p>Tempérament / comportement difficile ou irritable, réactivité émotionnelle, problèmes de comportement, agressivité</p>	<p>Ils interviennent tôt dans la vie de la famille.</p> <p>Ils valorisent le rôle de parent tout en reconnaissant que ce n'est pas un rôle facile et en validant les défis posés par ce rôle.</p> <p>Ils donnent du répit aux parents aux prises avec des enfants exigeants.</p> <p>Ils protègent et renforcent le lien d'attachement parent-enfant.</p>
Risques liés au parent :	
<p>Histoire personnelle d'exposition à la violence familiale ou à la maltraitance</p> <p>Détresse psychologique: épuisement, anxiété, stress, hostilité, irritabilité, sentiment d'impuissance, etc.</p> <p>Faible sentiment de compétence parentale, faible estime de soi</p> <p>Attentes irréalistes ou perceptions erronées vis-à-vis de l'enfant ou de son rôle de parent</p> <p>Consommation d'alcool ou de drogue</p> <p>Problèmes de santé mentale – notamment, dépression</p> <p>Pauvreté, faible niveau socio-économique</p> <p>Conflits conjugaux / violence conjugale</p>	<p>Ils aident le parent à résoudre ses propres traumatismes relationnels passés.</p> <p>Ils montrent au parent comment mieux gérer ses émotions négatives (ex. : stress, colère), comment se calmer et se maîtriser.</p> <p>Ils enseignent au parent des stratégies éprouvées pour stimuler, soutenir, encadrer et discipliner leur enfant et communiquer avec lui (compétences parentales), et aident le parent à monitorer ses succès.</p> <p>Ils aident le parent à ajuster ses attentes et ses perceptions vis-à-vis de lui-même et de son enfant, afin qu'elles soient réalistes.</p> <p>Ils aident le parent à appliquer des stratégies efficaces de résolution de problèmes et de conflits.</p> <p>Ils orientent / accompagnent le parent qui a des difficultés personnelles importantes (santé mentale, consommation, pauvreté, employabilité, conflits, violence...) vers les ressources appropriées dans la communauté.</p>

Les programmes de soutien au rôle parental se subdivisent en deux grandes catégories (Daro & Donnelly, 2002) : (1) les programmes comprenant une série de rencontres structurées, le plus souvent en groupe, et (2) les programmes de visites à domicile. Les premiers visent essentiellement à transmettre aux parents des connaissances sur les besoins des enfants et à les entraîner à adopter des pratiques éducatives et disciplinaires susceptibles d'y répondre adéquatement. Ils sont généralement offerts dans les locaux de l'organisme promoteur ou dans un endroit accessible comme une école, un centre communautaire, etc. La recherche a montré que de tels programmes peuvent contribuer à prévenir la maltraitance ou sa récurrence, du moins à court terme (Lundahl, Nimer, & Parsons, 2006; Mikton & Butchart, 2009).

Quant aux programmes de visites à domicile, ils ont la réputation d'être la meilleure stratégie pour prévenir la maltraitance, à condition de comporter plusieurs rencontres sur une longue période de temps (Bilukha, Hahn, Crosby, Fullilove, Liberman, & Moscicki, 2005; MacLeod & Nelson, 2000; Mikton & Butchart, 2009; Olds, Eckenrode, Henderson, Kitzman, Powers, & Cole, 1997; Olds, Henderson, Chamberlin, & Tatelbaum, 1986). Typiquement, les visites à domicile sont offertes gratuitement et sur une base volontaire à des parents « à risque » (jeunes ou défavorisés), souvent lorsqu'ils expérimentent la naissance d'un premier enfant. Elles offrent un suivi individualisé, adapté aux besoins de chaque famille. Pour y arriver, elles misent sur l'intensité et la durée de l'intervention, qui débute généralement pendant la grossesse ou dès la naissance de l'enfant et se poursuit pendant quelques années. MacMillan, Wathen, Barlow, Fergusson, Leventhal, et Taussig (2009) nous rappellent cependant que seuls quelques programmes de visites à domicile ont démontré une réduction de l'incidence de la maltraitance, dont le *Nurse Family Partnership* et le *Early Start*. D'autres programmes, même parmi ceux qui sont largement déployés, n'ont démontré aucun effet préventif sur la maltraitance.

Ces deux catégories de programmes sont en usage au Québec. La présente analyse permettra de les repérer selon des critères de sélection préétablis, de les décrire sous différents angles, et de les mettre en parallèle avec Triple P afin de dégager les similarités et les différences entre les programmes.

LE SYSTÈME TRIPLE P EN TANT QUE MOYEN POUR PRÉVENIR LA MALTRAITANCE

À l'origine, Triple P correspondait à la première catégorie de programmes décrite plus haut : une série de rencontres structurées, soit individuelles, soit en groupe, pour enseigner aux parents comment adopter des pratiques parentales positives, en particulier lorsque l'enfant manifeste des comportements perturbateurs. Au fil du temps, Triple P a évolué pour devenir un véritable système d'intervention populationnelle de santé publique (Sanders, 2010), en proposant un gradin de cinq niveaux d'intervention d'intensité croissante s'adressant à des parents qui affichent un niveau de risque de plus en plus grand. Les stratégies d'intervention de Triple P incluent des stratégies médiatiques (niveau 1), éducatives (niveau 2), de coaching parental (niveau 3), d'entraînement aux habiletés parentales (niveau 4) et d'accompagnement plus intensif des parents qui affichent les plus grands besoins (niveau 5). La figure 1 illustre ces niveaux.

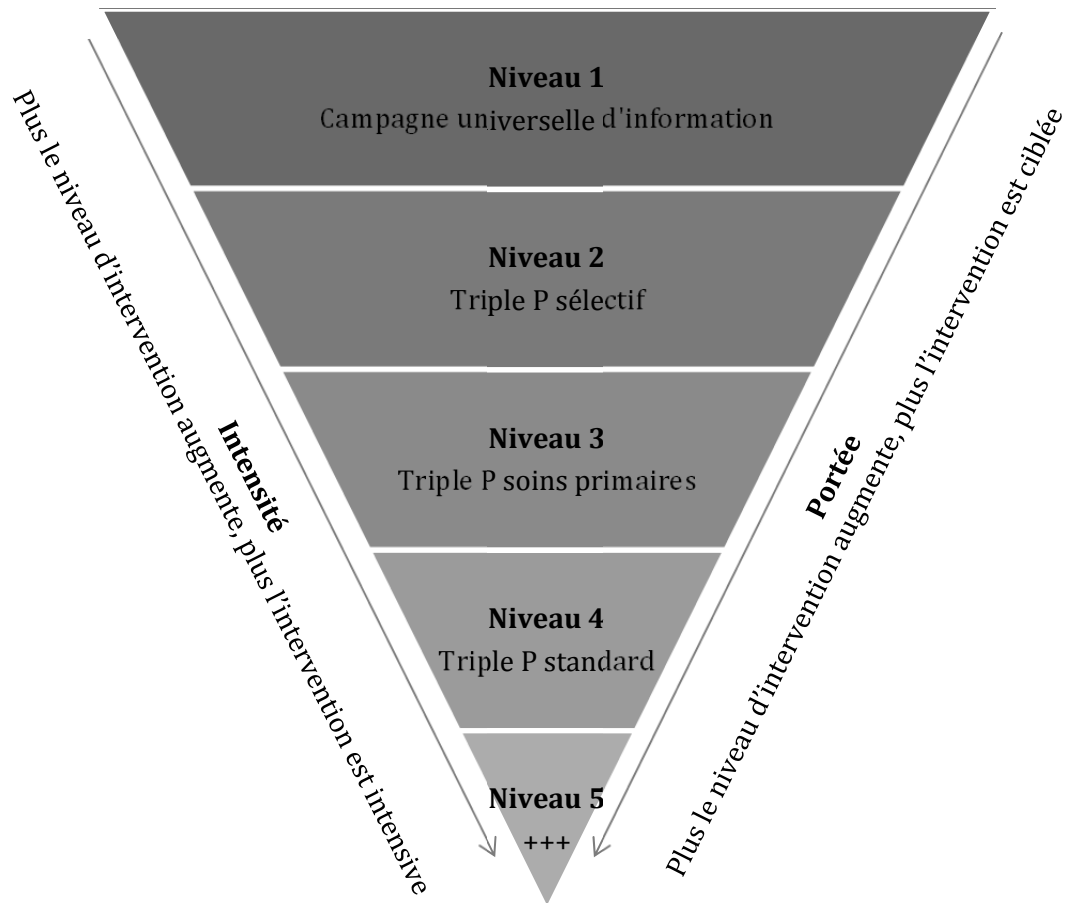


Figure 1 : Le gradin d'intervention de Triple P

Le premier niveau d'intervention s'apparente à une campagne médiatique de promotion. Il informe la population locale sur Triple P et sur son accessibilité, encourage la participation des parents, diffuse des conseils et des trucs, déstigmatise la demande d'aide et normalise les difficultés pouvant survenir dans l'exercice du rôle parental (Metzler, Sanders, Rusby, & Crowley, 2012; Sanders, 2010). Des capsules d'information écrites et électroniques, un site web et du matériel promotionnel sont mis à profit. Cette campagne cible également les professionnels, les décideurs et les membres de la communauté afin qu'ils se mobilisent et qu'ils soutiennent les niveaux subséquents du système. Les niveaux 2, 3, 4 et 5 sont offerts en divers formats : séminaires publics, intervention individuelle ou de groupe, assistance téléphonique, programme autoadministré ou en ligne (Prinz & Sanders, 2007; Sanders, 2010). Pour chacun de ces niveaux, les promoteurs de Triple P offrent une formation obligatoire, un manuel d'intervention et toute une gamme d'outil d'intervention et de soutien à la pratique. Vu sa composante médiatique, ainsi que sa segmentation des parents en fonction du niveau de risque ou de besoins qu'ils affichent (Gagné, Lachance, Thomas, Brunson, & Clément, 2014), le système Triple P est considéré comme du marketing social appliqué aux comportements parentaux (Sanders & Prinz, 2008).

Deux vastes études, l'une réalisée en Australie et l'autre aux États-Unis, nous renseignent sur les effets préventifs de Triple P à l'échelle populationnelle. L'initiative australienne *Every Family* (Sanders et al., 2008) a implanté les cinq niveaux de Triple P sur une période de deux ans. Les

familles d'enfants de 4 à 7 ans ont été ciblées. Aux fins d'évaluation, les 10 comtés de Brisbane ayant implanté cette initiative ont formé le territoire expérimental, alors que cinq comtés de Melbourne et cinq comtés de Sydney ont formé le territoire contrôle. Au total, environ 6000 parents ont été sélectionnés aléatoirement pour répondre à des sondages téléphoniques, soit 1500 dans chaque territoire avant l'intervention et autant après celle-ci. Les résultats montrent notamment que les stratégies parentales coercitives ont diminué de 32 % dans le groupe expérimental, soit une réduction de 14 % plus élevée que dans le groupe de contrôle.

Ensuite, aux États-Unis, le *Triple P System Population Trial* a implanté les niveaux 1 à 4 de Triple P dans neuf comtés de la Caroline du Sud. L'initiative visait les familles ayant au moins un enfant âgé de moins de huit ans (Prinz & Sanders, 2007; Prinz et al., 2009; Sanders & Prinz, 2008). Ces neuf comtés expérimentaux ont été comparés à neuf comtés de contrôle n'ayant pas appliqué Triple P. Avant l'intervention, il n'y avait aucune différence entre les comtés expérimentaux et contrôles sur divers indicateurs populationnels de maltraitance. Après deux ans d'intervention, on trouve des différences significatives : dans une communauté de 100 000 enfants de moins de 8 ans, il y aurait eu 688 cas en moins signalés aux services de protection de la jeunesse, 240 placements d'enfants en moins dans un milieu d'accueil, et 60 consultations médicales en moins pour des blessures reliées à la maltraitance. La grande taille de cet effet préventif est à souligner.

Au-delà de ces deux études populationnelles, les effets de divers niveaux de Triple P sur les parents et les enfants ont fait l'objet de nombreuses recherches au cours des trois dernières décennies. Depuis 2007, leurs résultats ont été synthétisés dans sept méta-analyses publiées (de Graaf, Speetjen, Smit, de Wolff, & Tavecchio, 2008a, 2008b; Fletcher, Freeman, & Matthey 2011; Nowak & Heinrichs, 2008; Sanders, Kirby, Tellegen, & Day 2014; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007; Wilson, Rush, Hussey, Puckering, Sim, Allely, et al., 2012). Une synthèse de leurs résultats est présentée à l'annexe 1.

La présente analyse permettra de voir jusqu'à quel point Triple P se différencie des autres programmes de soutien au rôle parental actuellement en usage au Québec. Selon Meyers et al. (2012), « la différenciation [...] réfère au degré auquel l'intervention sélectionnée diffère des autres interventions présentes dans l'organisation ou la communauté. » (p. 490, traduction libre). Il s'agira de comparer Triple P aux autres programmes identifiés, afin de faire ressortir ses aspects uniques, originaux ou complémentaires (Bérubé et al., 2013; Durlak, 2010; Hogue, Liddle, Singer, & Leckrone, 2005; Lee, August, Realmuto, Horowitz, Bloomquist, & Klimes-Dougan, 2008; O'Donnell, Scott, & Stanley, 2008).

MÉTHODE DE RECENSION DES PROGRAMMES

Critères de sélection et définitions

La recherche documentaire visait la recension de programmes de soutien à la parentalité, structurés et évalués (ou en voie de l'être) et couramment utilisés au Québec. Les programmes ayant une portée strictement locale n'ont pas été recensés³, l'objectif étant de faire une analyse des programmes susceptibles d'être généralisables à des territoires variés et disséminés dans plusieurs régions.

³ Par contre, un travail complémentaire a été effectué dans les territoires où Triple P est expérimenté, afin d'identifier les ressources, programmes et services de soutien à la parentalité existants sur ces territoires. Ce travail visait à identifier des partenariats locaux potentiels et à favoriser l'arrimage de Triple P aux activités déjà en cours sur le terrain.

Par programme de soutien à la parentalité, il est entendu des programmes impliquant une forme de suivi, offert individuellement ou en groupe, dont le but et les objectifs permettent aux parents d'acquérir des compétences parentales ou de les améliorer. Les programmes qui s'adressent uniquement ou principalement aux enfants, ainsi que ceux qui se limitent à des protocoles d'évaluation, n'ont pas été inclus dans l'analyse.

Il est entendu par programme structuré, un ensemble cohérent et organisé d'objectifs, de moyens, de ressources et de personnes. Un programme structuré comprend habituellement des activités ou des outils spécifiques, offerts selon des modalités explicites et pendant une durée précise ou un nombre de rencontres donné. Il comprend aussi souvent une formation spécifique et des modalités de soutien pour les intervenants qui offrent le programme. Sont exclus de cette définition les programmes-cadres qui réfèrent le plus souvent à des cadres de référence globaux plutôt qu'à des interventions ou des outils spécifiques.

Par programme évalué (ou en voie de l'être), il est entendu d'avoir fait l'objet, au minimum, d'une évaluation de la qualité ou d'une évaluation d'implantation, idéalement d'une évaluation des effets. Les programmes dont seule la satisfaction de la clientèle a été évaluée n'ont pas été considérés pour l'analyse.

Déroulement

La recension des programmes s'est échelonnée sur plusieurs mois, entre mars 2012 et le début de 2014. Dans un premier temps, plusieurs bases de données électroniques ont été consultées afin de cibler des programmes et initiatives québécoises pouvant correspondre aux critères retenus, par exemple Google Scholar, Familia, Repères, PsycINFO. Parmi les mots-clés utilisés, on retrouve : *Programme, Québec*, Maltrait*ance* (abus*), Soutien + parent*alité, Pratiques parentales, Famil*les + relations familiales, Enfan*ts/enfance + maltrait*ance, Familles, Habiletés/compétences parentales, Programme + attachement.*

De plus, plusieurs sites internet ont été consultés, soit ceux du MSSS, du CJM-IU, du CJQ-IU, de la Fondation du Dr Julien, de l'Initiative AIDES, de Naître et Grandir, du CHU de Sainte-Justine, de l'INSPQ, de l'AQESSS, de l'ASPC et des ASSS. Les principaux documents trouvés prenaient la forme de rapports de recherche, d'avis scientifique, de documents descriptifs de programmes ou encore de guides d'intervention.

En raison de l'accessibilité restreinte de certaines informations, des contacts ont été établis auprès d'informateurs-clés préalablement ciblés en raison de leur expertise pertinente. Au total, 18 informateurs ont été contactés par courriel, par téléphone ou en personne entre les mois d'avril 2012 et de février 2014. Certaines personnes-ressources ont été consultées à une seule occasion, d'autres à plusieurs reprises, en fonction de la quantité et de la spécificité des informations requises. L'information recueillie par le biais de ces démarches a pris plusieurs formes : des références documentaires précises, des références à d'autres personnes-ressources, ou encore des réponses à certaines questions spécifiques. Le Tableau 2 présente les 18 sources contactées et les programmes au sujet desquels elles ont été consultées.

Tableau 2
Liste des personnes et des milieux consultés

Du milieu universitaire	Expertise principale
Annie Bérubé, professeure au département de psychoéducation et psychologie, UQO	Consultée au sujet du programme PAPFC ²
Sylvie Gendron, professeure à la faculté des sciences infirmières, Université de Montréal	Consultée au sujet du programme SIPPE
Danielle Lessard, coordonnatrice de recherche, Université de Montréal	Consultée au sujet de l'initiative AIDES
Tristan Milot, professeur à l'école de psychoéducation, UQTR	Consulté au sujet des programmes PAPFC ² et Être
Sylvie Normandeau, professeure à l'École de psychoéducation, Université de Montréal	Consultée au sujet du programme CAI
George Tarabulsky, professeur à L'École de psychologie, Université Laval	Consulté au sujet des programmes d'intervention relationnelle (attachement)
Des milieux de politiques et de pratique	Expertise principale
APPR, Direction des jeunes et des familles, MSSS	Consultée au sujet de l'ensemble des programmes de soutien à la parentalité
Conseillère aux pratiques professionnelles, CJQ-IU	Consultée au sujet de l'ensemble des programmes de soutien à la parentalité
Direction générale, FQOCF	Consultée au sujet des programmes dispensés dans les organismes communautaires
Chargées de projet, AQCPE	Consultées au sujet des programmes dispensés dans les milieux de garde
Répondante régionale en périnatalité et pour les SIPPE (Capitale-Nationale)	Consultée au sujet des programmes SIPPE, PPSBS et Y'APP
Coordonnatrice de l'équipe Développement des enfants, secteurs Tout-petits – Jeunes, ASSS de Montréal	Consultée au sujet des programmes SIPPE et CAI
Responsable de programmations, CJM-IU	Consultée au sujet du programme CAI
Coordonnatrice du Programme périnatal de prévention du syndrome du bébé secoué, CHU Sainte-Justine	Consultée au sujet du programme PPSBS
Conseillère en santé publique, Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, Direction générale de santé publique, MSSS	Consultée au sujet du programme Y'APP
Conseillère scientifique, Direction du développement des individus et des communautés, INSPQ	Consultée au sujet du programme Y'APP
Chargée de projet, Programme-cadre montréalais en négligence, CJM-IU	Consultée au sujet d'Alliance et Des racines et des ailes
APPR, direction de la qualité des services professionnels, Centre jeunesse de Lanaudière	Consultée au sujet du programme IDP

Grâce à l'ensemble de ces démarches, 22 initiatives et programmes québécois ont pu être identifiés. Le Tableau 3 en fournit la liste ainsi qu'une référence sélectionnée, lorsque disponible.

Tableau 3
Liste des programmes et initiatives recensés (par ordre alphabétique)

Nom du programme	Brève description et référence
Alliance	Programme-cadre en négligence, région de Montréal (Young, 2013)
Centres de pédiatrie sociale	Organisme de type « économie sociale » implanté dans une communauté et offrant des services de pédiatrie sociale (www.fondationdrjulien.org)
Ces années incroyables (CAI)	Programme structuré de développement des compétences parentales dans une visée de prévention des problèmes de comportement chez les enfants (Webster-Stratton, 2001).
COPE (ÉQUIPE)	Expérimentation du programme COPE (<i>Community Parent Education Services</i>) sous le titre « Étude québécoise de l'intervention parentale chez les enfants avec des problèmes de comportement ». (www.rfts.ca/cope)
Des racines et des ailes	Adaptation du PAPFC ² utilisée au CJM-IU (Young, 2011)
L'Effet papillon	Adaptation du PAPFC ² dans la région du Saguenay – Lac-St-Jean (Centre jeunesse du Saguenay-Lac-St-Jean, 2005)
Entrain	Programme-cadre en négligence, région du Bas-St-Laurent (Michaud & Tremblay, 2011)
ESPACE	Programme éducatif destiné aux enfants de 3 à 12 ans visant à prévenir la violence (www.espacesansviolence.org)
Être	Programme visant à réduire les effets des traumatismes vécus par l'enfant maltraité (Éthier, Nolin, & Lacharité, 2009)
Faire la courte échelle	Adaptation du PAPFC ² dans la région de la Mauricie – Centre-du-Québec (Lacharité, Pinard, Giroux, & Cossette, 2007)
Fluppy	Programme visant à développer les habiletés sociales d'enfants d'âge préscolaire (Capuano, Poulin, Vitaro, Verlaan, & Vinet, 2010)
Initiative d'Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité (AIDES)	Modèle d'intervention centré sur les besoins de l'enfant affecté par des facteurs de risque multiples et visant la collaboration entre différentes organisations du milieu (Chamberland, Lacharité, Clément, Dufour, & Lemay, 2012)
Intervention relationnelle	Programme psychoéducatif avec vidéo-feedback visant à favoriser l'attachement parent-enfant (Tarabulsky, St-Laurent, Cyr, Pascuzzo, Moss, Bernier, & Dubois-Comtois, 2008).
Parent soutien intensif	Programme-cadre en négligence, région de l'Abitibi-Témiscamingue
Passe-Partout	Programme du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport destiné aux enfants de 4 ans et à leurs parents, visant à améliorer la transition vers le milieu scolaire (Castonguay, 2003)
Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)	Programme fédéral permettant de financer des initiatives de promotion et de prévention auprès des enfants et des familles à risque (Agence de la santé publique du Canada, 2011)

Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC ²)	Programme multimodal qui cible les familles aux prises avec la négligence ou un risque élevé de négligence (Lacharité, Fafard, Bourassa, Bizier, Durocher, Cossette, & Lessard, 2005)
Programme d'intervention différentielle en partenariat (IDP)	Modèle d'intervention conjointe école / services sociaux basé sur une évaluation systématique des profils de problèmes de comportement des enfants (Desbiens & Labalette, 2007)
Programme périnatal de prévention du syndrome du bébé secoué (PPPSBS)	Programme offert en milieu hospitalier à tous les parents qui vivent la naissance d'un enfant (Fortin, Frappier, & Déziel, 2011).
Réseau Parent'AISE	Programme-cadre en négligence, région de l'Estrie (Ouellet, 2010)
Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) – volet accompagnement des familles	Programme du MSSS offert par tous les CSSS, qui implique des visites à domicile aux parents à risque, de la grossesse à l'entrée à l'école de l'enfant (MSSS, 2004).
Y'a personne de parfait (Y'APP)	Programme de groupe destiné aux parents d'enfants de 0-5 ans (Skrypnek & Charchun, 2009).

Ensuite, les critères de sélection décrits plus haut ont été appliqués à chaque item de cette liste. Sur cette base, plusieurs ont été exclus de l'analyse. Le Tableau 4 fait la liste des programmes exclus et des raisons associées.

Tableau 4
Programmes non retenus pour l'analyse et raisons d'exclusion

<i>Programmes</i>	<i>Raisons de l'exclusion</i>
ESPACE Fluppy Passe-Partout	S'adressent principalement aux enfants. Leur volet « parent » est corollaire et essentiellement axé sur la transmission d'information.
Des racines et des ailes Effet papillon Faire la courte échelle	Sont des adaptations du PAPFC ² ayant une portée davantage locale. Seul le PAPFC ² original a été conservé pour l'analyse.
Être	Vise le traitement des enfants qui ont été maltraités, plutôt que la prévention de la maltraitance. N'est pas utilisé actuellement.
Alliance Entrain Parent soutien intensif Réseau Parent'AISE	Représentent des programmations régionales intégrées de services offerts aux familles négligentes, ou à haut risque de négligence. Leurs objectifs sont larges et leurs structures comprennent une vaste gamme de programmes et services allant de la promotion au traitement des problèmes.
Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE)	Représente un programme fédéral de financement pour des initiatives visant à promouvoir la prévention et l'intervention précoce en matière de santé et de développement social des enfants exposés à des conditions à risque et de leur famille.
Initiative d'Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité (AIDES)	Davantage centré sur l'évaluation des besoins de l'enfant que sur le soutien au parent.

Programme d'intervention différentielle en partenariat (IDP)	Bien que récemment évalué avec des résultats positifs (Desbiens & Gagné, 2014), le volet d'intervention auprès des parents de ce programme a été jugé insuffisamment formalisé et structuré.
Intervention relationnelle	Ce programme semble cibler les familles où la maltraitance a déjà eu lieu : sa portée préventive n'est pas claire. De plus, il a été jugé insuffisamment formalisé et structuré.
Centres de pédiatrie sociale	Ces centres offrent divers programmes, mais aucun ne correspond aux critères d'inclusion de cette analyse.

Au terme de la démarche de recension, six programmes ont finalement été retenus comme comparables à Triple P : **CAI**, **SIPPE** (volet accompagnement des familles), **PAPFC²**, **Y'APP**, **COPE** (ÉQUIPE) et **PPPSBS**.

ANALYSE DESCRIPTIVE DES PROGRAMMES RETENUS

La description de chaque programme de soutien à la parentalité retenu dans le cadre de cette analyse suit les rubriques suivantes :

1. Le programme est d'abord brièvement présenté en précisant sa clientèle ciblée ou ses cibles d'intervention.
2. Le programme est ensuite situé :
 - a. selon le niveau de preuves scientifiques qui appuient son efficacité;
 - b. selon le(s) niveau(x) de prévention (universelle, sélective, indiquée) dans le(s)quel(s) il s'inscrit.
3. Enfin, le déploiement actuel⁴ du programme au Québec est précisé.

Niveau de preuves scientifiques

Il existe de nombreux systèmes de classifications des programmes d'intervention selon le niveau de preuves scientifiques de leur efficacité. Trois systèmes de classification ont été consultés aux fins de la présente analyse: une internationale (*Blueprints for Healthy Youth Development*), une canadienne (Portail canadien des pratiques exemplaires) et une québécoise (Observatoire sur la maltraitance envers les enfants).

- a. **Blueprints for Healthy Youth Development** identifie les programmes de prévention et d'intervention dans le domaine enfance-famille-jeunesse répondant aux critères d'efficacité les plus élevés. Il est mis à jour régulièrement et peut être consulté à l'adresse suivante : www.blueprintsprograms.com. Bien que les programmes reconnus soient surtout anglo-saxons, cette classification américaine se veut internationale.

⁴ Selon les informations recueillies au début de l'année 2014.

L'identification de programmes dits « prometteurs » et « modèles » est basée sur les recommandations d'un comité d'experts du domaine. Quatre critères sont utilisés : (1) la qualité de l'évaluation (*evaluation quality*), (2) l'attribution du changement à l'intervention (*intervention impact*), (3) la spécificité de l'intervention (*intervention specificity*), c'est-à-dire si le programme identifie clairement ses objectifs, ses cibles d'intervention, sa population visée et les composantes de l'intervention ayant amené le changement, et (4) dans quelle mesure le programme est prêt à être largement disséminé (*dissemination readiness*).

- b. Le **Portail canadien des pratiques exemplaires** relève de l'Agence de la santé publique du Canada. Il représente une source de renseignements fiables sur des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies destinés à la population et aux collectivités canadiennes. La section interrogeable du Portail sur les interventions fondées sur des pratiques exemplaires peut être consultée à l'adresse suivante : <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions>.

Les interventions présentées dans le Portail ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse basée sur cinq critères, soit le caractère approprié de l'intervention (par exemple, l'intervention porte sur un ou plusieurs déterminants de la santé), l'évaluation de l'intervention (par exemple, l'évaluation est décrite et publiée), les retombées (l'intervention produit les changements souhaités), la reproductibilité et l'adaptabilité (l'intervention a été reproduite au moins une fois) et la source (crédibilité et intégrité).

- c. **L'Observatoire sur la maltraitance envers les enfants** est un projet du Centre d'expertise sur la maltraitance du Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire. Il a pour mission de favoriser l'appropriation des connaissances concernant la maltraitance, afin que les victimes ou ceux qui sont à risque de l'être puissent bénéficier des meilleurs services. L'Observatoire s'est donné son propre système de classification des programmes afin de mieux rendre compte de la réalité québécoise :

<http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Critères%20de%20classification%20des%20programmes%20ou%20pratiques.aspx>

Le comité scientifique de l'Observatoire a déterminé des critères de classification des programmes selon quatre niveaux de développement : émergent, prometteur, soutenu et exemplaire. Il a également analysé et classé les programmes en fonction de cette échelle.

Niveaux de prévention

La typologie de stratégies préventives privilégiée dans le cadre de la présente analyse est celle de l'*Institute of Medicine*⁵, fondée sur les travaux de Gordon (1983) et de Mrazek et Haggerty (1994). Cette typologie est largement utilisée à travers le monde (Gagné, Drapeau, & Saint-Jacques, 2012). Le Tableau 5 présente les définitions des niveaux de prévention adaptées à la maltraitance qui ont permis de situer les programmes retenus.

⁵ L'*Institute of Medicine* est une organisation indépendante à but non lucratif qui a pour mission de conseiller les États-Unis en matière de soins et de politiques de santé : www.iom.edu.

Tableau 5
Typologie des stratégies de prévention

<i>Stratégie préventive</i>	<i>Définition</i>
Prévention universelle	S'adresse à l'ensemble d'une population et intervient sur des facteurs de risque de la maltraitance, sans chercher à identifier les individus présentant un risque élevé.
Prévention sélective	Cible soit des groupes d'individus qui partagent un ou des facteur(s) de risque commun(s), soit des territoires où de tels facteurs de risque sont surreprésentés, et intervient de manière à contrer le risque de maltraitance.
Prévention indiquée	Cible des individus qui cumulent des facteurs de risque ou qui présentent des signes précurseurs de maltraitance.

Les stratégies universelles et sélectives se situent en amont du problème, s'inscrivant clairement dans le champ de la prévention. Quant à la prévention indiquée, elle est censée se distinguer de l'intervention curative en ciblant des personnes affichant des symptômes d'un trouble donné sans toutefois rencontrer les critères diagnostics de ce trouble (Weisz, Sandler, Durlak, & Anton, 2005). Directement inspirée de l'approche médicale, cette distinction est particulièrement difficile à appliquer dans le cas de problématiques psychosociales comme la maltraitance (Gagné et al., 2012). Les stratégies de prévention indiquée sont considérées comme chevauchant la prévention et le traitement.

ANALYSE COMPARATIVE DES PROGRAMMES RETENUS

Une fois la description générale des programmes effectuée et présentée sous forme de fiches synthèses (voir pages suivantes), les sept programmes sont comparés par l'entremise de trois tableaux. Le Tableau 6 fait état des fondements et des objectifs des programmes. Le Tableau 7 décrit leurs modalités d'intervention, leur structure, leurs activités et leurs outils d'intervention. Enfin, le Tableau 8 rend compte des principaux effets qui sont documentés pour chacun.

Triple P – Positive Parenting Program

<http://www.triplep.net>

Développé par Matthew Sanders de l'Université de Queensland, ce programme s'adresse aux parents d'enfants âgés entre 0 et 12 ans. Il existe aussi une version pour parents d'adolescents. Adoptant une approche favorisant l'autorégulation des parents, Triple P a pour but de rehausser la compétence parentale et de prévenir ou modifier les pratiques parentales dysfonctionnelles afin, ultimement, favoriser le bien-être et le développement des enfants et réduire leurs problèmes de comportement. À cet effet, il propose un système en cinq niveaux d'intervention d'intensité croissante et de plus en plus ciblée.

Niveau de preuves scientifiques

- Programme « prometteur » selon la classification du *Blueprints for Healthy Youth Development*.
- Programme « exemplaire » selon l'Observatoire sur la maltraitance envers les enfants.

Niveaux de prévention

Les cinq niveaux d'intervention de Triple P combinent des stratégies de prévention universelle (niveaux 1 et 2), sélective (niveaux 2, 3 et 4) et indiquée (niveaux 4 et 5).

Niveau 1 : stratégies médiatiques et informationnelles faisant la promotion des pratiques parentales positives et des activités Triple P offertes sur un territoire donné.

Niveau 2 : comprend deux modalités : (1) une série de trois séminaires publics sur les pratiques parentales positives et l'éducation des enfants; (2) une consultation ponctuelle destinée aux parents qui éprouvent des problèmes mineurs dans l'exercice de leur rôle parental.

Niveau 3 : série de quatre consultations brèves, individuelles, qui cible une difficulté spécifique dans le comportement de l'enfant ou l'exercice du rôle parental et qui aide le parent à la résoudre.

Niveau 4 : programme d'entraînement au développement des compétences parentales. Il peut être offert individuellement (10 rencontres), en groupe (cinq rencontres de groupes et trois rencontres téléphoniques individuelles), ou de manière autoadministrée. Il cible les parents qui éprouvent des difficultés plus généralisées dans leur rôle et dont les enfants affichent des problèmes de comportement plus persistants ou généralisés.

Niveau 5 : modules optionnels destinés aux parents qui présentent des difficultés supplémentaires ou persistantes. Les modules portent sur divers thèmes dont la coparentalité, la gestion du stress et de la colère chez les parents et la modification de leurs pensées négatives. Ils s'offrent individuellement ou en petits groupes.

Déploiement actuel au Québec

Le système Triple P (niveaux 1 à 5) est déployé dans deux territoires de CLSC : Orléans dans la région de la Capitale-Nationale et Mercier-est / Anjou dans la région de Montréal. Dans chaque territoire, les diverses activités du programme sont offertes par un consortium de partenaires incluant le centre jeunesse, le CSSS, des organismes communautaires, des centres de la petite enfance et des écoles. Un programme de recherche évaluative documente l'initiative.

Références choisies

- Sanders, M. R., Cann, W. & Markie-Dadds, C. (2003a). The Triple P-Positive Parenting Programme: A universal population-level approach to the prevention of child abuse. *Child Abuse Review*, 12, 155-171.
- Prinz, R., Sanders, M., Shapiro, C., Whitaker, D. & Lutzker, J. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P system population trial. *Prevention Science*, 10(1), 1-12. doi: 10.1007/s11121-009-0123-3

Ces années incroyables (CAI)

<http://incredibleyears.com>

Développé par Carolyn Webster-Stratton de l'Université de Washington sous l'appellation « *Incredible Years* », le programme Ces années incroyables (CAI) vise le développement d'une relation parent-enfant harmonieuse, l'apprentissage par les parents de stratégies éducatives efficaces et utilisées de façon cohérente et l'amélioration des processus de communication et de résolution de problèmes au sein de la famille et avec les enseignants (Lessard, Letarte, & Chicoine, 2013; Young, 2011). À la base du programme, on retrouve des groupes d'entraînement aux habiletés parentales offerts selon quatre stades de développement des enfants (0-9 mois, 1-3 ans, 3-6 ans, 6-12 ans). Un programme « avancé » est aussi offert aux parents d'enfants de 4-12 ans, portant sur des thèmes comme les habiletés de communication et de résolution de problèmes, la gestion de la colère et des symptômes dépressifs, et les façons de donner et de recevoir du soutien. CAI propose aussi aux parents des variantes sur des problématiques spécifiques comme la préparation à l'école, l'autisme et les retards de langage. Enfin, des programmes de prévention et de traitement sont offerts aux enfants de 3-8 ans, et un programme de gestion de classe est proposé aux enseignants. Si le programme cible à la fois les parents, les enfants et les enseignants, c'est surtout le volet s'adressant aux parents qui est implanté au Québec.

Niveau de preuves scientifiques

- Programme « prometteur » selon la classification du *Blueprints for Healthy Youth Development*.
- Programme « exemplaire » selon l'Observatoire sur la maltraitance envers les enfants.

Niveau de prévention

Il n'est pas facile de situer CAI en fonction des niveaux de prévention, car le programme n'est pas clairement structuré suivant un gradin préventif. Cependant, le programme rejoint l'ensemble de la population par l'entremise de livres et de DVD qui s'adressent aux parents et aux enfants (prévention universelle). De plus, les divers groupes de parents peuvent être offerts aussi bien dans un contexte de services de première ligne que dans des services plus spécialisés. Certaines de ses variantes s'adressent à tous les parents, alors que d'autres s'adressent à des parents plus vulnérables ou qui éprouvent des difficultés spécifiques. Au niveau des enfants, tant la prévention que le traitement sont visés. On peut donc dire que CAI fait à la fois de la prévention universelle, sélective et indiquée.

Déploiement actuel au Québec

Le volet du programme s'adressant aux parents est offert au CJM-IU depuis 2003, au centre jeunesse de l'Estrie depuis 2010, au CSSS Asbestos depuis 2012, et au CSSS St-Michel – St-Léonard depuis 2007, alors qu'un volet s'adressant aux éducatrices en CPE y est également offert depuis 2010 (Lessard et al., 2013).

Références choisies

- Letarte, M.-J., Normandeau, S., & Allard, J. (2010). Effectiveness of a parent training program Incredible Years in a child protection service. *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 253-261.
- Webster-Stratton, C. (2001). The Incredible Years : Parents, teachers, and children training series. *Residential Treatment for Children and Youth*, 18(3), 31-45.

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) Volet accompagnement des familles

Les SIPPE ont été créés par la fusion, en 2004, des programmes Soutien aux jeunes parents, Soutien éducatif précoce et Naître égaux – Grandir en santé. Le programme Naître égaux – Grandir en santé était lui-même une adaptation du *Nurse-Family Partnership*, un programme de visites à domicile développé par David Olds aux États-Unis dans les années 1980 (Olds et al., 1986). Les SIPPE visent à favoriser le développement optimal des enfants vulnérables, à soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle parental, et à contribuer à l'amélioration des conditions de vie de ces familles (MSSS, 2004; Therrien, April, Bordeleau, Brassard, Clapperton et al., 2011; Young, 2011). Ils s'adressent aux femmes enceintes, aux bébés à naître, aux mères et aux pères d'enfants âgés de 0 à 5 ans et vivant en contexte de vulnérabilité – i.e., parents de 19 ans et moins ou de faible revenus (MSSS, 2004). Le volet Accompagnement des familles des SIPPE implique des visites à domicile régulières dès la naissance de l'enfant et pouvant se poursuivre jusqu'à son entrée à l'école.

Niveau de preuves scientifiques

Les SIPPE ne figurent dans aucune des classifications retenues. Bien que le *Nurse-Family Partnership* soit considéré comme un programme « modèle » selon *Blueprints for Healthy Youth Development*, cette classification ne peut s'appliquer aux SIPPE en raison des nombreuses adaptations effectuées.

Niveau de prévention

Parce qu'il cible des parents considérés à risque en vertu de leur jeune âge ou de leur pauvreté, les SIPPE sont conçus comme un programme de prévention sélective. Cependant, selon Therrien et al. (2011), un écart existe entre les populations visées par les SIPPE et celles effectivement rejointes : « [...] des familles en difficulté bénéficient actuellement des SIPPE alors que ces services ne peuvent répondre à l'ensemble de leurs besoins » (p. 12). Ainsi, il semble que dans les faits, les SIPPE se situent à l'interface de la prévention sélective et indiquée.

Déploiement actuel au Québec

Selon les informations transmises en février 2014 par des représentants du MSSS-DGSP, de l'ASSS-DSP de Montréal et de l'INSPQ, les SIPPE sont offerts par tous les CSSS du Québec, en collaboration avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et des partenaires intersectoriels (réseau local de services). Il s'avère toutefois plus hasardeux de documenter quels services précis sont offerts aux parents, et jusqu'à quel point ces services sont uniformes d'un CSSS à l'autre et d'une région à l'autre.

Références choisies

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: Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Therrien, L., April, L., Bordeleau, L., Brassard, S., Clapperton, I., Comeau, L., et al. (2011). Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Québec: Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC²)

La première génération du Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC) a été développée en 1991 dans la région de la Mauricie. Les réflexions suscitées par sa diffusion et son évaluation au cours des années suivantes ont donné lieu à la deuxième génération du programme, le PAPFC² (Lacharité et al., 2005). Ce programme vise à réduire la négligence envers les enfants selon une approche écosystémique. Il vise les familles d'enfants âgés de 0 à 12 ans présentant une problématique de négligence ou de risque de négligence suffisamment importante ou chronique pour justifier l'intensité, la durée et la continuité de services offerts. Tant les parents que les enfants sont visés par les interventions.

Niveau de preuves scientifiques

Ce programme ne figure dans aucune des classifications retenues.

Niveau de prévention

Ce programme s'inscrit dans une prévention de type « indiqué ».

Déploiement actuel au Québec

Il s'est avéré difficile de dresser un portrait précis de l'utilisation du PAPFC² au Québec, malgré les multiples sources d'informations mises à profit dans la présente analyse. Ce programme semble assez largement utilisé, sans toutefois l'être de façon uniforme d'une région à l'autre. Selon les informations transmises en février 2014 par des représentants du MSSS-DGSP, de l'ASSS-DSP de Montréal et de l'INSPQ, le PAPFC² est implanté dans plusieurs régions du Québec et en cours d'implantation dans d'autres. Il semble que le développement récent des programmes régionaux d'intervention en négligence ait contribué à l'essor du PAPFC², ce qui pourrait expliquer l'actuelle mouvance qui caractérise l'usage de ce programme. Il semble également que ce programme ait été adapté et implanté sous diverses appellations dans certaines régions (par exemple, *Des racines et des ailes* à Montréal, *l'Effet papillon* au Saguenay-Lac-St-Jean ou *Faire la courte échelle* en Mauricie-Centre-du-Québec).

Références choisies

Bérubé, A., Dubeau, D., Coutu, S., Côté, D., Devault, A., & Lacharité, C. (2012). *Projet d'évaluation de programmes en négligence : Résultats de l'évaluation de l'implantation*. Document remis au MSSS. 62 pages.

Lacharité, C., Fafard, G., Bourassa, L., Bizier, M., Durocher, F., Cossette, F., & Lessard, D. (2005). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : Nouvelle génération*. Trois-Rivières: GRIN/UQTR.

Y'a personne de parfait (Y'APP)

<http://www.nobodysperfect.ca>

À l'origine, *Nobody's Perfect* est un programme communautaire d'éducation et de soutien des parents mis au point par l'Agence de la santé publique du Canada au début des années 1980. Basé sur une approche d'autonomisation centrée sur les forces des parents, le programme est disséminé à l'échelle du pays, et au Québec sous l'appellation *Y'a personne de parfait*. Ce programme vise à accroître la capacité des parents de préserver et d'améliorer la santé de leurs jeunes enfants (0-5 ans). Cette visée globale est soutenue par cinq objectifs: (1) augmenter les connaissances et la compréhension des parents sur la santé, la sécurité et le comportement de leurs enfants, (2) susciter des modifications positives dans le comportement des parents, (3) accroître la confiance en soi des parents et améliorer leur image d'eux-mêmes, (4) améliorer les capacités d'adaptation des parents et (5) accroître l'entraide et le soutien mutuel chez les parents (Skrypnek & Charchun, 2009). Y'APP s'adresse principalement aux jeunes parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans, seuls ou isolés, à faible revenus et ayant une faible scolarité.

Niveau de preuves scientifiques

Ce programme ne figure dans aucune des classifications retenues. Pourtant, le site web de l'Agence de la santé publique du Canada réfère au *Portail canadien des pratiques exemplaires* pour plus d'information sur Y'APP. Sur le Portail, on ne retrouve ni Y'APP, ni Nobody's Perfect, mais on retrouve un programme intitulé « Nurturing Parenting Programs ». Il est difficile de savoir s'il s'agit du nouveau nom de Y'APP, si Y'APP est inclus dans un ensemble plus large de programmes, ou bien s'il s'agit complètement d'autre chose.

Niveau de prévention

Parce qu'il cible des parents à risque, ce programme s'inscrit clairement dans une visée de prévention sélective.

Déploiement actuel au Québec

Selon les informations transmises en février 2014 par des représentants du MSSS-DGSP, de l'ASSS-DSP de Montréal et de l'INSPQ, ce programme serait implanté dans la grande majorité des régions du Québec, par l'entremise des organismes communautaires familles. Cependant, selon une étude approfondie des ressources existantes pour soutenir le rôle parental ou prévenir la maltraitance réalisée par notre équipe dans quatre territoires de CLSC, Y'APP n'était pas utilisé et était même très peu connu. Bref, il n'a pas été possible de dresser un portrait précis de l'utilisation de Y'APP au Québec, malgré les multiples sources d'informations mises à profit dans la présente analyse. Chose certaine, Y'APP n'est pas offert uniformément sur l'ensemble du territoire québécois.

Références choisies

Kennett, D. J., Chislett, G., & Olver, A. L. (2012). A Reappraisal of the Nobody's Perfect Program. *Journal of Child and Family Studies*, 21(2), 228-236.

Skrypnek, B. J., & Charchun, J. (2009). *Une évaluation du programme Y'a personne de parfait*. Edmonton, Alberta : Agence de santé publique du Canada. Disponible en ligne :

www.frp.ca/data/n_0003/resources/live/Evaluation_du_programme_YAPP.pdf

Community Parent Education Program (COPE / ÉQUIPE)

<http://www.rfts.ca/cope>

Le programme ontarien COPE est destiné à tous les parents ayant des enfants âgés entre 3 et 12 ans. Il vise à aider les parents à développer leurs compétences de manière à renforcer leur relation avec leurs enfants et à favoriser leur coopération. Fondé sur une approche inspirée des théories de l'attribution et de l'apprentissage social, COPE prend la forme de rencontres de groupe où les parents apprennent à composer avec les problèmes de comportements de leurs enfants. Il vise l'amélioration des habiletés parentales, particulièrement les habiletés de résolution de problèmes, et favorise le sentiment de compétence parentale.

Niveau de preuves scientifiques

Ce programme ne figure dans aucune des classifications retenues.

Niveau de prévention

Dans la mesure où ce programme ne semble pas cibler les parents en fonction de facteurs de risque précis, et qu'il se présente comme étant « pour tous les parents », il peut être vu comme de la prévention universelle. Cependant, si l'on considère le fait d'avoir un enfant affichant des problèmes de comportement comme un facteur de risque de la maltraitance, alors ce programme peut être vu plutôt comme de la prévention sélective.

Déploiement actuel au Québec

Au Québec, une adaptation du programme COPE est expérimentée dans le cadre d'un projet de recherche nommé ÉQUIPE, l'acronyme pour « Étude québécoise d'intervention pour les parents d'enfants d'âge préscolaire avec des problèmes de comportements ». Dans le cadre de ÉQUIPE, le programme COPE est implanté et évalué dans quatre CSSS de la région de Québec, selon les informations recueillies auprès de l'équipe de recherche de Leila Ben Armor en date de février 2014. Il est offert spécifiquement aux parents de jeunes enfants (âge préscolaire).

Références choisies

- Ben Amor, L., Leblanc, N., Desmarais, P.-A., Bouchard, P., Simoneau, M., Martel, J., et al. (2011). *Intervention précoce pour les troubles de comportements chez les enfants québécois d'âge préscolaire : le programme COPE (Community parent education program)*. Journée de la recherche du CHAU Hôtel-Dieu de Lévis, Lévis, Québec.
- Cunningham, C. E., Bremner, R., & Boyle, M. (1995). Large Group Community-Based Parenting Programs for Families of Preschoolers at Risk for Disruptive Behaviour Disorders: Utilization, Cost Effectiveness, and Outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(7), 1141-1159.
- Thorell, L. B. (2009). The Community Parent Education Program (COPE): Treatment Effects in a Clinical and a Community-based Sample. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(3), 373-387.

Programme périnatal de prévention du syndrome du bébé secoué (PPPSBS)

Développé au CHU Ste-Justine et inspiré d'autres programmes existants, le PPPSBS s'adresse à tous les parents. Il vise à améliorer les connaissances des parents sur les dangers de secouer un bébé, et à favoriser le recours à des stratégies d'adaptation face aux pleurs du nourrisson et à la gestion de la colère. Le programme comprend trois phases. La première se déroule en milieu hospitalier auprès de tous les parents dans le cadre du séjour hospitalier qui suit la naissance d'un enfant. La deuxième phase est assurée par les infirmières de CSSS lors du suivi post-natal, afin de poursuivre et renforcer les objectifs de la phase 1, en mettant l'accent sur la gestion de la colère chez le parent. La troisième phase est en développement et vise certaines familles en fonction des caractéristiques de vulnérabilité du nourrisson ou de l'enfant ou sur un secteur d'intervention ciblé.

Niveau de preuves scientifiques

Ce programme ne figure dans aucune des classifications retenues.

Niveau de prévention

Ce programme s'inscrit dans les trois niveaux de prévention : la phase 1 correspond à une prévention universelle, car elle vise tous les parents qui viennent d'avoir un enfant. La phase 2 correspond à de la prévention sélective, car elle travaille sur un facteur de risque en particulier : le sentiment de colère. La phase 3 en développement semble s'adresser à des familles vulnérables, à haut risque de secouer leur bébé; elle correspond ainsi à de la prévention indiquée.

Déploiement actuel au Québec

Le plan de mise en œuvre de la politique de périnatalité du MSSS prévoit l'implantation du PPPSBS dans tous les centres hospitaliers accoucheurs et centres de naissance du Québec. Ce déploiement à large échelle, impliquant la formation des infirmières, est en cours avec le soutien du MSSS. Selon les informations recueillies par le MSSS auprès du CHU Ste-Justine en juillet 2013, la phase 1 est déployée dans la majorité des établissements du Québec, la phase 2 est en déploiement dans les CSSS et la phase 3 est en développement.

Références choisies

- Fortin, S., Frappier, J.-Y., & Déziel, L. (2011). *Prévention du syndrome du bébé secoué et de la maltraitance infantile*. CHU Sainte-Justine et Université de Montréal.
- Goulet, C., Frappier, J.-Y., Fortin, S., Déziel, L., Lampson, A., & Boulanger, M. (2009). Development and Evaluation of a Shaken Baby Syndrome Prevention Program. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 38, 7-21.

Tableau 6
Fondements et orientations des programmes

	CAI	SIPPE	PAPFC ²	Y'APP	ÉQUIPE	PPPSBS	Triple P
<i>Fondements théoriques et orientations de l'action</i>	Approche fondée sur l'attachement, l'apprentissage social et sur une vision systémique de la famille	Approche écologique du développement de l'enfant en contexte de vulnérabilité	Approche écosystémique de la négligence	Approche d'autonomisation centrée sur le parent et axée sur ses forces	Approche fondée sur les théories de l'attribution et de l'apprentissage social	Approche éducative centrée sur l'amélioration des connaissances et des habiletés parentales	Approche cognitive-comportementale accordant une place centrale à l'autorégulation du parent
<i>But</i>	Accroître la capacité des parents à promouvoir les compétences de leur enfant, à encadrer ses problèmes de comportement et à prévenir les troubles de la conduite	Diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et sociaux, dont l'abus et la négligence envers les enfants	Réduire la négligence envers les enfants	Accroître la capacité des parents à préserver et améliorer la santé de leurs enfants	Améliorer les habiletés parentales Diminuer les problèmes comportementaux des enfants	Prévenir la violence physique envers les bébés, particulièrement les secousses violentes	Prévenir et traiter les problèmes de comportement des enfants et des adolescents en créant des environnements familiaux favorables

Tableau 7
Applications des programmes au Québec

	CAI	SIPPE	PAPFC ²	Y'APP	ÉQUIPE	PPPSBS	Triple P
<i>Principales modalités d'intervention</i>	Groupes de parents*	Suivi individualisé par l'entremise de visites à domicile Rencontres de groupes complémentaires	Soutien professionnel individualisé aux parents Groupes de parents Actions directes auprès des enfants négligés	Groupes de parents	Groupes de parents	Rencontres individuelles	Campagne de promotion Conférences publiques Suivi individualisé Groupes de parents
<i>Structure du programme</i>	Durée prévue de 16 semaines, à raison d'une rencontre par semaine d'une durée de 2 heures.	Début du suivi dès la 12 ^e semaine de grossesse et prévu jusqu'à l'âge de 5 ans. Intensité des interventions variable selon les périodes (pré et postnatales).	Composante « groupes de parents » : série de 3 à 5 modules (11 thèmes possibles) totalisant 8 à 20 rencontres hebdomadaires d'une durée de 2 ½ heures, et rassemblant 8 à 12 parents.	Durée prévue de 6 à 8 semaines, à raison d'une rencontre par semaine environ. Au-delà des cinq thèmes traités (<i>corps, sécurité, comportement, développement, parents</i>), aucun curriculum n'est prédéterminé : les animateurs cherchent à répondre aux besoins des parents.	Durée prévue de 10 rencontres d'une durée de 2 heures, réunissant 10 à 15 parents. Chaque rencontre est structurée en 8 temps. Approche non didactique où le groupe trouve lui-même les solutions.	Phase 1 : Deux rencontres avec les parents en milieu hospitalier. Phase 2 : rencontres avec les parents en postnatal (au besoin).	Structure en gradins** : intensité croissante de l'intervention selon le niveau de vulnérabilité / besoins des parents.

	CAI	SIPPE	PAPFC ²	Y'APP	ÉQUIPE	PPPSBS	Triple P
<i>Activités et outils utilisés</i>	<p>Vignettes vidéo</p> <p>Jeux de rôles</p> <p>Discussions de groupe</p> <p>Exercices pratiques à la maison</p>	<p>Plusieurs outils peuvent être utilisés dans le cadre des SIPPE, par exemple, le thermomètre de la colère et le programme OLO</p> <p>Trois guides d'intervention et un outil d'aide à la tâche traitant de l'attachement ont été publiés par le MSSS</p>	<p>Discussions de groupe autour de thèmes choisis</p>	<p>Discussions de groupe</p> <p>Activités d'apprentissage axées sur la résolution de problèmes</p> <p>Cinq livrets pour les parents présentant de l'information dans un langage clair et simple</p> <p>Matériel complémentaire disponible (affiches, jeu...)</p>	<p>Vignettes vidéo</p> <p>Exercices pratiques</p>	<p>Phase 1 : Fiches créées à partir d'histoires cliniques réelles</p> <p>Phase 2 : Thermomètre de la colère et ses outils afférents</p>	<p>Matériel promotionnel (site web, affiches, dépliants)</p> <p>Matériel remis au parent (feuillettes d'information, cahiers d'exercice)</p> <p>Vignettes vidéo</p> <p>Jeux de rôles en groupes de trois</p> <p>Exercices à la maison</p> <p>Suivis téléphoniques</p>

* Tel que mentionné dans la fiche descriptive de la page 15, le programme *Incredible years* comprend d'autres composantes, mais celles-ci ne sont pas appliquées au Québec.

** Pour une description du format de chaque gradin, voir la fiche descriptive du programme à la page 14.

Tableau 8
Les principaux effets documentés sur la clientèle ou sur les cibles d'intervention

CAI	SIPPE	PAPFC ²	Y'APP	ÉQUIPE	PPPSBS	Triple P*
<p>Effets favorables sur les interactions parent-enfant</p> <p>Amélioration des habiletés parentales et de la santé mentale des parents</p> <p>Amélioration des comportements et des habiletés sociales de l'enfant</p> <p>Généralisation et maintien des acquis chez les parents et les enfants (<i>Lessard et al., 2013; Letarte, Normandeau, et Allard, 2010; Young, 2011</i>)</p>	<p>Effets positifs sur les pratiques parentales associés aux visites à domicile (<i>Beauregard, Comeau, & Poissant, 2010</i>)</p>	<p>Bris de l'isolement des familles</p> <p>Amélioration des habiletés des parents</p> <p>Occasion de socialisation, de stimulation, de dépistage pour les enfants</p> <p>Meilleure compréhension par les parents de la structure et du rôle des services (<i>Bérubé et al., 2012</i>)</p>	<p>Augmentation de l'utilisation de stratégies de disciplines positives et actives</p> <p>Augmentation de la fréquence des interactions positives parent-enfant</p> <p>Augmentation de la perception du soutien social des parents (<i>Skrypnek & Charchun, 2009</i>)</p>	<p>Améliorations au niveau des symptômes de TDAH et des troubles du sommeil des enfants</p> <p>Meilleure perception de l'enfant de la part du parent</p> <p>Amélioration du sentiment de compétence du parent</p> <p>Baisse du niveau de stress dans la famille (<i>Ben Amor et al., 2011</i>)</p>	<p>Augmentation des connaissances des parents à propos des pleurs du bébé, de la colère et du syndrome du bébé secoué (<i>Goulet et al., 2008</i>)</p>	<p>Effet préventif significatif sur la maltraitance</p> <p>Améliorations des dimensions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pratiques parentales - style disciplinaire - sentiment de compétence parentale - bien-être des parents - relations entre les parents - comportement et adaptation de l'enfant <p>Les tailles d'effets :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tendent à augmenter avec le niveau d'intervention - sont plus grande chez les mères que chez les pères

* Des informations plus détaillées et des références sur les effets de Triple P sont disponibles à l'annexe 1.

DIFFÉRENCIATION DE TRIPLE P

Bien qu'il existe de nombreuses initiatives au Québec qui visent à soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle, seul un petit nombre d'entre elles correspondent à la définition de « programme structuré et évalué » qui était à la base de la méthode de recension. Ainsi, Triple P a été comparé à six autres programmes en usage au Québec. Sur la base des résultats de recherche disponibles, tous ces programmes ont montré des effets positifs sur les familles, et aucun effet iatrogène n'est rapporté. Autrement dit, tous sont de « bons » programmes, avec un bon potentiel d'efficacité.

Dans les prochaines pages, les principales similitudes et divergences entre Triple P et chacun de ces autres programmes sont présentées et discutées. Cet exercice de différenciation permet d'identifier les zones de dédoublement, mais aussi les complémentarités et les possibilités d'arrimages.

Triple P vs CAI

Parmi les programmes analysés, CAI est sans doute celui qui ressemble le plus à Triple P. Ces deux programmes couvrent les mêmes groupes d'âge (sauf Triple P qui propose une version pour parents d'adolescents), proposent un contenu manualisé hautement structuré et focalisent sur la gestion des problèmes de comportement des enfants, de façon à prévenir chez eux divers troubles d'adaptation. Tous deux comportent plusieurs variantes, susceptibles de rejoindre les réalités et les préférences d'un grand nombre de parents. Les activités et les outils proposés aux groupes de parents sont similaires, sauf que Triple P offre une plus grande diversité de modalités d'intervention (médiatique, individuelle, en groupe, auto-administrée...) que CAI.

Tant CAI que Triple P comptent parmi les programmes de soutien au développement des compétences parentales les plus évalués au monde. Ils présentent à peu près le même niveau de preuves scientifiques à l'appui de leur efficacité. Tous deux proposent un programme de formation obligatoire qui favorise l'acquisition de compétences chez les intervenants, mais qui implique un coût d'implantation non négligeable pour l'organisation.

Les deux programmes couvrent les trois types de prévention (universelle, sélective et indiquée), mais de manière différente. Alors que le gradin d'intervention préventive est moins clairement articulé dans le cas de CAI, ce programme inclut des interventions auprès des enfants, ce qui est une originalité comparativement à Triple P.

Aucun des deux programmes n'a été développé dans une optique de prévention de la maltraitance, mais les pratiques éducatives et disciplinaires des parents sont tout de même au cœur de leurs interventions. Seul Triple P a été explicitement proposé comme moyen pour prévenir la maltraitance envers les enfants, et évalué sur cet aspect avec des résultats encourageants.

Triple P vs SIPPE – volet accompagnement des familles

Il existe des différences importantes entre ces deux programmes :

- Les SIPPE visent exclusivement les parents de jeunes enfants (0-5 ans), alors que Triple P couvre l'enfance et l'adolescence.
- Les SIPPE s'adressent exclusivement à des parents ciblés en fonction de facteurs de risque spécifiques, alors que Triple P s'adresse à tous les parents (incluant les parents affichant divers niveaux de risque).

- Les SIPPE mettent l'accent sur les visites à domicile, le travail à long terme avec la famille, et une réponse globale à l'ensemble de leurs besoins, alors que Triple P est essentiellement centré sur les comportements (des parents et des enfants) et sur une intervention minimale, circonscrite dans le temps et très structurée.

Au-delà de ces différences, les deux programmes pourraient bien être complémentaires dans une visée de prévention de la maltraitance. En effet, les SIPPE ont explicitement pour but de prévenir la maltraitance envers les enfants, et la recherche suggère que Triple P est efficace sur ce plan. Les fondements théoriques des deux programmes sont compatibles, ce qui pourrait permettre de les utiliser conjointement avec les parents qui éprouvent des difficultés à encadrer le comportement de leurs enfants, qui ont tendance à employer des stratégies disciplinaires coercitives ou inefficaces tout en manquant de moyens pour encourager les comportements désirables, ou qui se sentent incompetents comme parents. Autrement dit, Triple P pourrait devenir un outil spécifique utilisé dans le cadre des SIPPE. Il pourrait aussi être offert en continuité des SIPPE, aux parents qui ont des enfants d'âge scolaire.

Triple P vs PAPFC²

Bien que ces programmes se ressemblent sous certains aspects (même période de développement des enfants, combinaison de suivi individualisé et d'intervention de groupe), ils diffèrent sur les aspects suivants :

- Le PAPFC² est centré sur une forme spécifique de maltraitance, soit la négligence, alors que Triple P cible les pratiques parentales en général, et notamment les pratiques disciplinaires.
- Le PAPFC² est clairement orienté vers la prévention indiquée et le traitement, auprès des familles aux prises avec la négligence ou à risque élevé de le devenir, alors que Triple P s'adresse à tous les parents (incluant les parents affichant divers niveaux de risque).
- Comparé à Triple P qui est très structuré dans son approche auprès des parents, le PAPFC² pourrait être qualifié de semi-structuré. Pour les groupes de parents par exemple, Triple P propose un curriculum très précis, alors que le PAPFC² propose une série de modules thématiques, qui servent de base à une discussion de groupe, et que l'intervenant peut sélectionner et combiner comme il veut.

Bref, le PAPFC² est plus spécialisé sur le plan de la problématique et plus pointu sur le plan de la clientèle cible, comparé à Triple P. De plus, il préconise d'intervenir directement auprès des enfants, ce que Triple P ne fait pas. Enfin, son niveau de structure moindre donne de la souplesse aux intervenants; par contre, il pourrait être plus difficile d'être fidèle au programme pour cette raison.

Si on les place sur un continuum Promotion – Prévention – Traitement, les deux programmes pourraient bien être complémentaires pour contrer la maltraitance. Alors que Triple P permettrait de promouvoir les pratiques parentales positives et de prévenir l'usage de comportements parentaux inefficaces ou coercitifs, le PAPFC² pourrait prendre le relais avec les familles dans lesquelles la négligence est avérée, ou encore les familles pour qui Triple P s'avère insuffisant à combler les besoins. En somme, les deux programmes pourraient faire partie d'une même offre de services intégrée pour les familles, sans se nuire mutuellement.

Triple P vs Y'APP

Bien que ces programmes se ressemblent sous certains aspects (axés sur le développement de compétences parentales, centrés sur les forces et l'autorégulation du parent, intervention de groupe, matériel remis aux parents), ils diffèrent sur les aspects suivants :

- Y'APP vise les parents d'enfants de 0-5 ans qui sont en situation de vulnérabilité (isolement, faible statut socio-économique), alors que Triple P vise une clientèle plus large, soit l'ensemble des parents d'enfants de 0-12 ans.
- Y'APP comporte une seule modalité d'intervention, soit des rencontres de groupe pour les parents, alors que Triple P est un système d'intervention multimodal qui inclut des interventions de groupe, entre autres. Y'APP pourrait se comparer au niveau 4 « Groupe » de Triple P.
- Comparé au Triple P « Groupe » qui propose un curriculum très structuré aux parents, Y'APP pourrait être qualifié de semi-structuré. Comme le PAPFC², Y'APP propose une série de thèmes qui servent de base à une discussion de groupe.

En somme, Y'APP correspond à l'un des gradins de Triple P (niveau 4), et à l'une de ses modalités d'intervention (groupe). C'est un programme moins complexe et moins structuré que Triple P, et dans ce sens il pourrait s'avérer plus facile et moins coûteux à mettre en œuvre, d'autant plus que sa dissémination est soutenue par l'Agence de la santé publique du Canada et ses partenaires provinciaux. Par contre, sa portée étant moins grande que celle de Triple P, il pourrait avoir un moins grand impact préventif sur la maltraitance. D'ailleurs, cet impact n'est pas documenté dans le cas de Y'APP.

Triple P vs COPE / ÉQUIPE

Ces programmes se ressemblent sous plusieurs aspects (s'adressent à tous les parents d'enfants âgés jusqu'à 12 ans, axés sur le développement de compétences parentales et la gestion des problèmes de comportement des enfants, intervention de groupe, utilisation de capsules vidéo et d'exercices pratiques, favorise l'autorégulation des parents en les encourageant à trouver leurs solutions). Leur principale différence est la suivante :

- COPE comporte une seule modalité d'intervention, soit des rencontres de groupe pour les parents, alors que Triple P est un système d'intervention multimodal qui inclut des interventions de groupe, entre autres. Tout comme Y'APP, COPE pourrait se comparer au niveau 4 « Groupe » de Triple P.

Comparé à Triple P, COPE présente sensiblement les mêmes avantages et inconvénients que Y'APP. Par contre, il n'est pas reconnu comme programme exemplaire par l'Agence de la santé publique du Canada, et sa dissémination n'est pas soutenue par cet organisme.

Triple P vs PPPSBS

Le principal point commun entre ces deux programmes est de couvrir les trois types de prévention (universelle, sélective, indiquée). Un autre point commun est d'agir sur la gestion de la colère chez le parent. Il s'agit du principal facteur de risque qui est ciblé par la phase 2 du PPPSBS, et le niveau 5 de Triple P comprend un module sur la gestion de la colère destiné aux parents à risque élevé de maltraitance. Cependant, il existe des différences importantes entre les deux programmes:

- Le PPPSBS vise explicitement la prévention d'une forme très spécifique d'abus physique, soit le fait de secouer un nourrisson; Triple P cible les pratiques parentales en général chez les parents d'enfants de 0-12 ans.
- Les deux programmes s'adressent à tous les parents, mais leur façon de les rejoindre est différente. Dans le cas du PPPSBS, la clientèle pourrait être qualifiée de « captive », car il s'agit de parents qui sont à l'hôpital suite à la naissance de leur bébé. Il s'agit d'un avantage considérable en termes de « *reaching out* ». Dans le cas de Triple P, des efforts doivent être déployés pour rejoindre les parents. C'est pourquoi le premier niveau du programme consiste à exposer les parents à une campagne médiatique.

- Le PPPSBS implique uniquement des interventions individuelles de type éducatif auprès des parents, alors que Triple P est un système d'intervention multimodal qui inclut des interventions individuelles, entre autres, et qui comprend aussi des interventions thérapeutiques, notamment au niveau 5.

Dans une visée de prévention de la maltraitance, ces deux programmes sont complémentaires et auraient avantage à coexister. Le PPPSBS est un programme très spécialisé : il sensibilise tous les parents aux dangers de secouer un bébé, et permet aux infirmières qui font le suivi post-natal de détecter les parents qui éprouvent des difficultés à gérer leur colère et de leur fournir des outils pour les aider à s'autoréguler. Dans une perspective beaucoup plus généraliste, Triple P fait un peu le même genre de démarche : il sensibilise tous les parents à l'importance des pratiques parentales positives et offre aux parents qui en éprouvent le besoin différentes formes de soutien pour arriver à les mettre en pratique au sein de leur famille.

CONCLUSION

À la lumière de cette analyse, les constats généraux suivant peuvent être faits à propos de la différenciation de Triple P par rapport aux autres programmes de soutien à la parentalité en usage au Québec.

1. Triple P se différencie très bien des SIPPE, du PAPFC² et du PPPSBS, tout en présentant suffisamment de points communs avec ces programmes pour faciliter les arrimages. Dans les faits, ces quatre programmes apparaissent comme tout à fait complémentaires dans l'idée d'implanter un continuum de services aux parents allant de la promotion des pratiques parentales positives à l'intervention auprès des familles aux prises avec la négligence. Leur coexistence pourrait engendrer une forme de synergie qui potentialiserait les effets de chacun, menant à un impact global fort intéressant pour la société.
2. Triple P ressemble davantage à Y'APP et COPE / ÉQUIPE. Cependant, il s'en distingue par son approche en gradins et par la variété de ses modalités d'intervention auprès des parents. Ces éléments lui confèrent une portée préventive beaucoup plus grande. Par contre, l'implantation du système intégral de Triple P (niveaux 1 à 5) est lourde et complexe. Elle requiert la mise en place d'un partenariat, car aucune organisation n'a le mandat de couvrir l'ensemble des niveaux. Si l'objectif consiste d'abord à outiller les parents pour les soutenir dans leur rôle, Y'APP ou COPE / ÉQUIPE pourraient s'avérer des choix valables et moins exigeants pour l'organisation. Par contre, si l'objectif est d'engager la communauté dans une démarche visant à réduire la maltraitance envers les enfants, Triple P est un meilleur choix.
3. Triple P ressemble particulièrement à CAI, si bien qu'il peut s'avérer peu opportun de mettre en œuvre les deux programmes en même temps, au sein des mêmes organisations. Il s'agit de deux programmes à données probantes, internationalement reconnus, qui offrent une vaste gamme de possibilités, mais qui sont aussi exigeants à implanter dans leur intégralité. Si l'objectif consiste à rejoindre tant les enfants que les parents afin de contrer le développement de problèmes d'adaptation chez les enfants, CAI semble un meilleur choix. Si l'objectif est d'engager la communauté dans une démarche visant à promouvoir les pratiques parentales positives, non seulement pour réduire les problèmes de comportement des enfants, mais aussi pour réduire la maltraitance envers eux, Triple P est un meilleur choix en raison de son approche de marketing social, de son gradin préventif clair et de ses résultats préventifs prometteurs.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2011). Investir dans des avenir sains : Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE). Rapport de synthèse présentant les faits saillants de l'Évaluation sommative du PACE 2004-2009.
- Albee, G. W. (1982). Preventing psychopathology and promoting human potential. *American Psychologist*, 37, 1043-1050.
- Asawa, L. E., Hansen, D. J., & Flood, M. F. (2008). Early childhood intervention programs: Opportunities and challenges for preventing child maltreatment. *Education and Treatment of Children*, 31, 73-110.
- Beauregard, D., Comeau, L., & Poissant, J. (2010). Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles. Québec: INSPQ.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434.
- Belsky, J., & Stratton, P. (2002). An ecological analysis of the etiology of child maltreatment. Dans K. Browne, H. Hanks, P. Stratton et C. Hamilton (dir.), *Early prediction and prevention of child abuse: A handbook* (pp. 95-110). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Ben Amor, L., Leblanc, N., Desmarais, P.-A., Bouchard, P., Simoneau, M., Martel, J., et al. (2011). *Intervention précoce pour les troubles de comportements chez les enfants québécois d'âge préscolaire : le programme COPE (Community parent education program)*. Paper presented at the Journée de la recherche du CHAU Hôtel-Dieu de Lévis, Lévis, Québec.
- Bérubé, A., Coutu, S., Dubeau, D., Lafantaisie, V., & Devault, A. (2013). Propositions théoriques et pratiques pour l'évaluation de programmes en négligence. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 27(1), 93-115.
- Bérubé, A., Dubeau, D., Coutu, S., Côté, D., Devault, A., & Lacharité, C. (2012). Projet d'évaluation de programmes en négligence : Résultats de l'évaluation de l'implantation. Québec: MSSS.
- Bilukha, O., Hahn, R. A., Crosby, A., Fullilove, M. T., Liberman, A., & Moscicki, E. (2005). The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(2,Suppl1), 11-39. doi: 10.1016/j.amepre.2004.10.004
- Capuano, F., Poulin, F., Vitaro, F., Verlaan, P., & Vinet, I. (2010). Le programme de prévention Fluppy: historique et diffusion au Québec. *Revue de psychoéducation*, 39(1), 1-26.
- Castonguay, C. (2003). Passe-partout, un soutien à la compétence parentale. Cadre d'organisation destiné aux gestionnaires, aux intervenantes et aux intervenants. Québec: Direction générale de la formation des jeunes, Ministère de l'Éducation du Québec.
- Centre jeunesse du Saguenay-Lac-St-Jean (2005). Programme L'effet papillon. Programme intersectoriel en négligence: Centre de santé et de services sociaux.
- Chamberland, C., Lacharité, C., Clément, M.-È., Dufour, S., & Lemay, L. (2012). Recherche évaluative de l'initiative AIDES. Rapport final d'évaluation: Stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada, en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique du Québec.
- Clément, M.-È., Lespérance, K., & Chamberland, C. (2013). Occurrence unique et concomitance de l'agression psychologique et de la punition corporelle envers les enfants. *Canadian Social Work Review*, 30(1), 25-48.

- Cunningham, C. E., Bremner, R., & Boyd, M. (1995). Large Group Community-Based Parenting Programs for Families of Preschoolers at Risk for Disruptive Behaviour Disorders : Utilization, Cost Effectiveness, and Outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(7), 1141-1159. doi : 10.1111/j.1469-7610.1995.tb01362.x
- Daro, D., & Donnelly, A. C. (2002). Child abuse prevention: Accomplishments and challenges. Dans J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny et T. A. Reid (dir.), *The APSAC handbook on child maltreatment, 2nd edition* (pp. 431-448). Thousand Oaks, CA: : Sage Publications.
- de Graaf, I., Speetjen, P., Smit, F., de Wolff, M. & Tavecchio, L. (2008a). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children : A meta-analysis. *Behavior Modification*, 32(5), 714-735. doi : 10.1177/0145445508317134.
- de Graaf, I., Speetjen, P., Smit, F., de Wolff, M. & Tavecchio, L. (2008b). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on parenting : A meta-analysis. *Family Relations*, 57(5), 553-566.
- Desbiens, N., & Labalette, A.-M. (2007). Évaluation d'une intervention différentielle en partenariat auprès des jeunes âgés de 6 à 11 ans. Rapport de recherche.: Université de Montréal.
- Desbiens, N., & Gagné, M.-H. (2014). Évaluation des interventions réalisées en partenariat entre l'école et les services sociaux: Impact du programme Intervention différentielle en partenariat. Rapport de recherche. Université de Montréal.
- Dufour, S., & Chamberland, C. (2009). Agir au mieux pour prévenir et contrer la maltraitance envers les enfants du Québec. *Santé, société et solidarité*, 1, 119-127.
- Durlak, J. A. (2010). The importance of doing well in whatever you do: A commentary on the special section, "Implementation research in early childhood education". *Early Childhood Research Quarterly*, 25(3), 348-357. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecresq.2010.03.003>
- Egeland, B., Bosquet, M., & Chung, A. L. (2002). Continuities and Discontinuities in the Intergenerational Transmission of Child Maltreatment: Implications for Breaking the Cycle of Abuse. Dans K. D. Browne, H. Hanks, P. Stratton et C. Hamilton (dir.), *Early Prediction and Prevention of Child Abuse. A Handbook* (pp. 217-232). Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd.
- Éthier, L., Nolin, P., & Lacharité, C. (2009). Le programme ÊTRE : rapport final 2009.
- Fletcher, R., Freeman, E., & Matthey, S. (2011). The impact of behavioural parent training on fathers' parenting: A meta-Analysis of the Triple P - Positive Parenting Program. *Fathering*, 9, 291-312.
- Fortin, S., Frappier, J.-Y., & Déziel, L. (2011). Prévention du syndrome du bébé secoué et de la maltraitance infantile: CHU Ste-Justine et Université de Montréal.
- Gagné, M.-H., Drapeau, S., & Saint-Jacques, M.-C. (2012). Qu'est-ce qui fonctionne pour prévenir la maltraitance envers les enfants? Dans M.-H. Gagné, S. Drapeau et M.-C. Saint-Jacques (dir.), *Les enfants maltraités: de l'affliction à l'espoir - Pistes de compréhension et d'action* (pp. 9-40). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Gagné, M.-H., Lachance, V., Thomas, F., Brunson, L., & Clément, M.-È. (2014). Prévenir la maltraitance envers les enfants au moyen du marketing social. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 33, 85-107. doi:10.7870/cjcmh-2014-017
- Gagné, M.-H., Melançon, C., & Malo, C. (2009). Prévention et traitement en matière de maltraitance psychologique envers les enfants. . Dans M.-È. Clément et S. Dufour (dir.), *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*. Anjou Éditions CEC.

- Gibbs, L., & Gambrill, E. (2002). Evidence-Based Practice: Counterarguments to Objections. *Research on Social Work Practice, 12*(3), 452-476. doi: 10.1177/1049731502012003007
- Gilbert, R., Spatz Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet, 373*, 68-81.
- Gordon, R. S. (1983). An Operational Classification of Disease Prevention. *Public Health Reports, 98*, 107-109.
- Goulet, C., Frappier, J.-Y., Fortin, S., Déziel, L., Lampson, A., & Boulanger, M. (2008). Development and Evaluation of a Shaken Baby Syndrome Prevention Program. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 38*, 7-21. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00301.x
- Hogue, A., Liddle, H. A., Singer, A., & Leckrone, J. (2005). Intervention fidelity in family-based prevention counseling for adolescent problem behaviors. *Journal of Community Psychology, 33*(2), 191-211. doi: 10.1002/jcop.20031
- Kennett, D. J., Chislett, G., & Olver, A. L. S. (2012). A reappraisal of the Nobody's Perfect Program. *Journal of Child and Family Studies, 21*(2), 228-236. doi : 10.1007/s10826-011-9466-z
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A., & Lozano-Ascencio, R. (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Lacharité, C., Fafard, G., Bourassa, L., Bizier, M., Durocher, F., Cossette, F., & Lessard, D. (2005). *Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : Nouvelle génération*. Trois-Rivières : GRIN/UQTR.
- Lacharité, C., Pinard, P., Giroux, P., & Cossette, F. (2007). Faire la courte échelle : développement d'un programme de services intégrés pour contrer la négligence. Dans C. Chamberland, S. Léveillé et N. Trocmé (dir.), *Enfants à protéger, parents à aider : deux univers à rapprocher* (pp. 307-322). Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- Lee, C.-Y., August, G., Realmuto, G., Horowitz, J., Bloomquist, M., & Klimes-Dougan, B. (2008). Fidelity at a Distance: Assessing Implementation Fidelity of the Early Risers Prevention Program in a Going-to-Scale Intervention Trial. *Prevention Science, 9*(3), 215-229. doi: 10.1007/s11121-008-0097-6
- Lessard, J., Letarte, M.-J., & Chicoine, M. (2013). « Ces années incroyables » : l'expérience québécoise d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales fondé sur des données probantes. . Colloque de centre de recherche sur l'adaptation des jeunes et des familles à risque (JEFAR): Québec : Université Laval. Disponible en ligne : http://www.fss.ulaval.ca/cms_recherche/upload/jefar/fichiers/jefar2013_lessard.pdf.
- Letarte, M.-J., Normandeau, S., & Allard, J. (2010). Effectiveness of a parent training program "Incredible Years" in a child protection service. *Child Abuse & Neglect, 34*(4), 253-261.
- Lundahl, B. W., Nimer, J., & Parsons, B. (2006). Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice, 16*(3), 251-262. doi: 10.1177/1049731505284391
- MacLeod, J., & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect, 24*(9), 1127-1149. doi: 10.1016/s0145-2134(00)00178-2
- MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Barlow, J., Fergusson, D. M., Leventhal, J. M. et Taussig, H. N. (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *The Lancet, 373*(9659), 250-266. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61708-0

- Metzler, C. W., Sanders, M. R., Rusby, J. C., & Crowley, R. N. (2012). Using consumer preference information to increase the reach and impact of media-based parenting interventions in a public health approach to parenting support. *Behavior Therapy, 43*(2), 257-270. doi: 10.1016/j.beth.2011.05.004
- Meyers, D. C., Katz, J., Chien, V., Wandersman, A., Scaccia, J. P., & Wright, A. (2012). Practical Implementation Science: Developing and Piloting the Quality Implementation Tool. *American Journal of Community Psychology, 50*, 481-496. doi: 10.1007/s10464-012-9521-y
- Michaud, J., & Tremblay, M.-J. (2011). Programme L'Entrain. Cadre de référence régional: ASSS du Bas-St-Laurent; CSSS; CJ du Bas-St-Laurent.
- Mikton, C., & Butchart, A. (2009). Child maltreatment prevention: A systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization, 87*(5), 353-361. doi: 10.2471/BLT.08.057075
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing Risks for mental Disorders. Frontiers for Preventive Intervention Research. Summary*. Washington, DC: National Academy Press.
- 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: Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple-P Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling : Effective and moderating variables. *Clinical Child and Family Psychology Review 11*, 114-144. doi : 10.1007/s10567-008-0033-0.
- O'Donnell, M., Scott, D., & Stanley, F. (2008). Child abuse and neglect — is it time for a public health approach? *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 32*(4), 325-330. doi: 10.1111/j.1753-6405.2008.00249.x
- Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., et al. (1997). Long-term Effects of home Visitation on Maternal Life Course and Child Abuse and Neglect. *The Journal of the Medical American Association, 278*(8), 637-643.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Chamberlin, R. W., & Tatelbaum, R. (1986). Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics, 78*(1), 65-78.
- Ouellet, O. (2010). Réseau Parent'AISE, des ressources pour les familles. Cadre général. Sherbrooke: CSSS de l'Estrie.
- Pransky, J. (1991). *Prevention: the critical need*. Springfield: Burrell Foundation & Paradygm Press.
- Prinz, R., Sanders, M., Shapiro, C., Whitaker, D., & Lutzker, J. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P system population trial. *Prevention Science, 10*(1), 1-12. doi: 10.1007/s11121-009-0123-3
- Prinz, R. J., & Sanders, M. R. (2007). Adopting a population-level approach to parenting and family support interventions. *Clinical Psychology Review 27*(6), 739-749. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.005
- Sanders, M. R. (1999). Triple P - Positive Parenting Program : Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review, 2*, 71-90.
- Sanders, M. R. (2010). Adopting a public health approach to the delivery of evidence-based parenting interventions. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 51*(1), 17-23. doi: 10.1037/a0018295
- Sanders, M. R., Cann, W., & Markie-Dadds, C. (2003a). The Triple P-Positive Parenting Programme: A universal population-level approach to the prevention of child abuse. *Child Abuse Review, 12*, 155-171.

- Sanders, M. R., Cann, W., & Markie-Dadds, C. (2003b). Why a universal population-level approach to the prevention of child abuse is essential. *Child Abuse Review, 12*, 145-154.
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014) The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review, 34*, 337-357.
- Sanders, M. R., & Prinz, R. J. (2008). Using the mass media as a population level strategy to strengthen parenting skills. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(3), 609-621. doi: 10.1080/15374410802148103
- Sanders, M. R., Ralph, A., Sofronoff, K., Gardiner, P., Thompson, R., Dwyer, S., & Bidwell, K. (2008). Every family: A population approach to reducing behavioral and emotional problems in children making the transition to school. *The Journal of Primary Prevention, 29*(3), 197-222. doi : 10.1007/s10935-008-0139-7
- Skrypnek, B. J., & Charchun, J. (2009). Une évaluation du programme Y'a personne de parfait. Edmonton, Alberta: Agence de santé publique du Canada.
- Tarabulsky, G., St-Laurent, D., Cyr, C., Pascuzzo, K., Moss, E., Bernier, A., & Dubois-Comtois, K. (2008). Attachment-Based Intervention for Maltreating Families. *American Journal of Orthopsychiatry, 78*(1), 322-332. doi : 10.1037/a0014070
- Therrien, L., April, L., Bordeleau, L., Brassard, S., Clapperton, I., Comeau, L., et al. (2011). Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Québec: Direction des communication, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P – Positive Parenting Program : A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology 35*, 475-495. doi : 10.1007/s10802-007-9104-9.
- Thorell, L. B. (2009). The Community Parent Education Program (COPE): Treatment effects in a clinical and a community-based sample. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 14*(3), 373-387. doi : 10.1177/1359104509104047
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., Felstiner, C., Hélie, S., Turcotte, D., Weightman, P., Douglas, J., & Holroyd, J. (2010). Caractéristiques des mauvais traitements corroborés. Dans Agence de la santé publique du Canada (Ed.), *Étude canadienne sur l'incidence des signalements der cas de violence et de négligence envers les enfants, 2008. Données principales* (pp. 32-37). Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Wang, C., & Holton, J. K. (2007). Total Estimated Cost of Child Abuse and Neglect in the United States. Chicago: Prevent Child Abuse America.
- Webster-Stratton, C. (2001). The Incredible Years: Parents, Teachers, and Children Training Series. *Residential Treatment For Children & Youth, 18*(3), 31-45. doi : 10.1300/J007v18n03_04
- Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist, 60*, 628-648.
- Wilson, P., Rush, R., Hussey, S., Puckering, C., Sim, F., Allely, C. S., Doku, P., McConnachie A., & Gillberg, C. (2012). How evidence-based is an 'evidence-based parenting program'? A PRISMA systematic review and meta-analysis of Triple P. *BMC Medicine, 10*:130. doi:10.1186/1741-7015-10-130

- Young, S. (2013). Programme-cadre montréalais en négligence: Guide pratique: programme Alliance: un réseau pour le mieux-être de l'enfant et sa famille (Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services Jeunes en difficulté, el 28 janvier 2013). Montréal, Québec : Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire
- Young, S. (2011). Programme-cadre montréalais en négligence. Modèles, applications, programmes en négligence. Document adopté à la Table régionale des directeurs du programme-services Jeunes en difficulté de Montréal. Montréal: Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire.

Résultats des méta-analyses sur l'efficacité de Triple P

La première méta-analyse est celle de Thomas et Zimmer-Gembeck (2007). Ces auteurs voulaient comparer les effets de *Triple P* à ceux d'un autre programme reconnu, la *Parent-Child Interaction Therapy* (PCIT). Ancrée dans les théories de l'attachement, la PCIT propose une intervention individualisée destinée aux parents et à leurs enfants de 4-7 ans affichant des problèmes de comportement extériorisés. Les effets des deux programmes sont comparés sur la base de 13 études évaluant la PCIT et 11 études évaluant *Triple P*. Dans l'ensemble, les deux programmes s'avèrent efficaces tant pour améliorer les compétences parentales que le comportement de l'enfant, avec de grands effets pour la PCIT et des effets modérés pour *Triple P*. Soulignons toutefois que la taille des effets du niveau 5 de *Triple P* se rapproche de la taille des effets de la PCIT. Ce résultat suggère que la taille des effets n'est pas due au programme en tant que tel, mais plutôt au niveau de difficulté présenté par la clientèle au pré-test.

Focalisant sur le niveau 4 de *Triple P*, deGraaf, Speetjens, Smit, de Wolff, et Tavecchio (2008a) ont recensé 19 études avec groupe contrôle mesurant les effets de ce programme, dont la plupart ($n=18$) emploient un devis contrôlé randomisé (*randomized controlled trial*). Leurs résultats montrent que globalement, *Triple P* – niveau 4 a un effet significatif de taille modérée sur le style disciplinaire du parent (17 études), que ce soit au posttest ou au *follow-up* (3 à 12 mois, dépendant des études). Le programme a aussi un effet significatif modéré sur le sentiment de compétence parentale au posttest (8 études). Cet effet tend à s'amplifier par la suite, pour se maintenir à un niveau modéré un an après le programme. Ces résultats ne varient pas en fonction de l'âge de l'enfant (plus jeunes vs plus vieux que 4 ans), de la modalité d'offre du programme (auto-administré vs offert par un praticien, que ce soit individuellement ou en groupe), ou du niveau de problèmes de comportement affiché par l'enfant au prétest (score clinique vs sous-clinique). Par contre, lorsque les garçons sont surreprésentés dans l'échantillon (% de garçons > 68,3%), les effets à long terme du programme sur le style disciplinaire et le sentiment de compétence du parent sont plus importants.

À partir des mêmes études, deGraaf, Speetjens, Smit, de Wolff, et Tavecchio (2008b) en ont retenu 15 pour évaluer les effets du niveau 4 de *Triple P* sur les problèmes de comportement des enfants de 2 à 11 ans. Globalement, ce programme a un effet significatif de taille modérée sur ces problèmes, que ce soit au posttest ou au *follow-up* (3 à 12 mois, dépendant des études). Ces résultats ne varient pas en fonction de l'âge de l'enfant, ni de la modalité d'offre du programme. Par contre, lorsque les garçons sont moins nombreux dans l'échantillon (% de garçons < 62,6%), et lorsque les enfants affichent des problèmes de comportement de niveau clinique lors du prétest, les effets à long terme du programme sont plus importants.

Les conclusions des travaux de deGraaf et al. sont limitées par le fait que plusieurs études recensées ont employé de petits échantillons (moins de 50 sujets dans la plupart des études), ce qui rend difficile l'identification des variables médiatrices et modératrices des effets du programme. De plus, les études étaient hétérogènes en matière de taille des effets observés. Par l'entremise d'une nouvelle méta-analyse, Nowak et Heinrichs (2008) souhaitent examiner de plus près la variabilité dans les effets du programme en incluant les études évaluatives réalisées sur l'ensemble des niveaux (1 à 5). Leur travail ajoute aux méta-analyses de deGraaf et al. : (1) en incluant toutes les évaluations de *Triple P*, même celles qui n'ont pas de groupe contrôle; (2) en appliquant une stratégie d'analyse plus sophistiquée; (3) en incorporant une gamme plus variée de variables dépendantes; (4) en investiguant l'effet de plusieurs modérateurs potentiels de l'efficacité du

programme. Leur méta-analyse porte sur 55 études. La qualité méthodologique de chaque devis est évaluée par une échelle de 26 items validée par Downs et Black (1998) et contrôlée dans les analyses de modération.

Les résultats de cette méta-analyse suggèrent que, tous niveaux confondus, *Triple P* a un effet positif significatif sur l'exercice du rôle parental, les problèmes de comportement des enfants et le bien-être des parents. À plus long terme (*follow-up*), les résultats suggèrent un effet modeste sur les comportements de l'enfant, mais un grand effet sur la parentalité.

Une originalité de cette méta-analyse est de rapporter des effets par niveau de *Triple P*. Le niveau 4 est de loin le plus fréquemment évalué (66% des groupes expérimentaux étudiés), suivi du niveau 5 (18%) et d'un amalgame des niveaux 1, 2 et 3 (16%). Les niveaux 4 et 5 produisent des effets plus grands que les niveaux inférieurs, tant sur la parentalité que sur les problèmes de comportement des enfants. Le niveau 5 tend à produire des effets un peu plus grands que le niveau 4. Ces résultats ne sont pas surprenants, vu que les niveaux 4 et 5 sont ceux qui s'adressent aux familles présentant les difficultés les plus importantes. Les auteurs estiment que c'est davantage ce degré initial de problèmes qui a un impact sur la taille de l'effet du programme, plutôt que le niveau d'intervention comme tel. Il reste que davantage de recherche est nécessaire sur les effets des niveaux 1 à 3, qui demeurent peu documentés.

Un autre apport de cette méta-analyse est d'étudier divers effets modérateurs de l'efficacité de l'intervention. L'un des modérateurs possibles est le format de l'intervention (individuel vs en groupe vs auto-administré). Parmi les études recensées, 38% des groupes expérimentaux ont reçu une intervention de groupe, 30% ont complété le programme de manière auto-administrée (dont un peu plus de la moitié avec le soutien minimal d'un thérapeute, soit par courriel ou par téléphone), 29% ont reçu une intervention individuelle, et seulement 3% ont été exposés à une campagne médiatique ou d'information. Le format individuel tend à produire des effets un peu plus grands que le format de groupe, alors que le format auto-administré est globalement le moins efficace. Une seule étude suggère que le format individuel serait plus efficace auprès des familles de faible niveau socioéconomique, quoique le format de groupe ait aussi été offert à de tels parents avec succès. En général, le statut socio-économique du parent ne s'affirme pas comme un prédicteur significatif de changement chez les parents. Par ailleurs, contrairement aux résultats de deGraaf et al., l'intervention s'avère plus efficace auprès des parents d'enfants plus jeunes (moins de 5,5 ans). Quant au genre de l'enfant, il ne semble pas avoir d'effet significatif sur l'efficacité du programme.

Nowak et Heinrichs observent que les études de faible qualité méthodologique semblent surestimer les effets du programme. Soulignons cependant que les études quasi-expérimentales produisent des tailles d'effets un peu plus petites que les devis contrôlés randomisés. Ce résultat indique que la qualité générale des devis de recherche et la répartition aléatoire des participants sont deux facteurs distincts qui n'ont pas la même influence sur les tailles d'effets. Les études quasi-expérimentales non randomisées ne surestiment pas la taille de l'effet du programme, ni ne mènent à des résultats moins fiables ou moins probants, comme l'ont aussi montré d'autres auteurs (Saunders, Soomro, Buckingham, Jamtvedt, & Raina, 2003). Enfin, on observe que plus le *follow-up* est loin dans le temps, plus l'effet de l'intervention sur la parentalité décline, tout en demeurant significatif.

Un fait préoccupant est que les études qui mesurent les variables dépendantes par observation, au lieu d'utiliser des instruments auto-rapportés, montrent une absence d'effets. La méta-analyse de Thomas et Zimmer-Gembeck avait aussi montré que l'utilisation de mesure d'observation ou de rapports d'enseignants mènent à des effets plus petits, voire non significatifs,

tant pour la PCIT que pour *Triple P*. Nowak et Heinrichs offrent diverses pistes explicatives de ce phénomène : les périodes d'observation étaient peut-être trop brèves et les problèmes à observer, trop peu prévalents. L'instrument utilisé (*Family Observaton Schedule*, élaboré par les auteurs de *Triple P*) n'était peut-être pas assez sensible. Mais il est aussi possible que le seul recours aux instruments auto-administrés surestime les effets de l'intervention sur les parents et les enfants; il convient de garder cette limite en tête.

L'ensemble des modérateurs étudiés par Nowak et Heinrichs laisse inexplicquée une portion importante de l'hétérogénéité des tailles d'effets. Cela suggère que d'autres variables entrent en jeu pour expliquer les différences entre les tailles d'effets d'une étude à l'autre. Par ailleurs, les quatre méta-analyses précédemment citées ont été critiquées parce qu'elles n'ont pas systématiquement évalué les risques de biais affectant les études. Par exemple, le fait que les auteurs/promoteurs de *Triple P* sont impliqués dans un grand nombre d'études évaluatives publiées met en cause l'indépendance des preuves scientifiques d'efficacité. C'est entre autres ce qui a amené Wilson, Rush, Hussey, Puckering, Sim, Allely, et al. (2012) à effectuer une nouvelle méta-analyse.

Wilson et al. s'inspirent des lignes directrices PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) pour identifier les lacunes potentielles dans les données probantes qui appuient l'efficacité de *Triple P*. Leur méta-analyse a porté sur 23 études contrôlées randomisées avec groupe de comparaison, mesurant les problèmes de comportement des enfants soit par le *Child Behavior Checklist*, soit par le *Eyberg Child Behavior Inventory*. Ces auteurs ont choisi de focaliser sur cette seule variable dépendante sur la base du rationnel suivant : le but ultime des programmes de soutien à la parentalité est d'améliorer le bien-être des enfants. Seules les études publiées ont été incluses. En ce qui concerne l'efficacité de *Triple P*, cette méta-analyse en arrive aux mêmes conclusions que les précédentes, i.e. un effet significatif de taille modérée sur les problèmes de comportement des enfants, généralement rapportés par les mères. Elle apporte toutefois des nuances importantes. Premièrement, les groupes contrôle de la plupart des études sont formés à partir de listes d'attente ou de parents ne recevant aucune intervention; les deux seules études recensées qui incluent des groupes contrôle « actifs », i.e. qui reçoivent une autre forme d'intervention, ne montrent aucune différence significative intergroupes au posttest. Deuxièmement, les *follow up* sont rares, ce qui ne permet pas de bien cerner la durabilité des effets du programme. Troisièmement, certaines clientèles ne sont pas bien couvertes par les études recensées, comme les enfants de moins de 2 ans et les clientèles non volontaires. Enfin, les effets sur les pères sont moindres que ceux sur les mères, voire non significatifs. Cette limite avait aussi été soulevée par la méta-analyse antérieure de Fletcher, Freeman, et Matthey (2011) portant uniquement sur l'impact de *Triple P* sur les pères. Enfin, l'analyse de Wilson et al. suggère un biais en faveur des résultats positifs, qui seraient plus souvent rapportés que les résultats non significatifs dans les études publiées.

Une dernière méta-analyse a été récemment publiée par l'auteur de *Triple P* (Sanders, Kirby, Tellegen, & Day, 2014) en suivant les lignes directrices PRISMA pour tenir compte de divers biais. Elle porte sur 101 recherches évaluatives réalisées sur une période de 33 ans, dont 35 études non publiées, et ayant impliqué plus de 16 000 familles en tout. Sur le plan des mesures auto-rapportées, les variables dépendantes suivantes sont considérées : (1) adaptation sociale, émotionnelle et comportementale de l'enfant; (2) pratiques parentales; (3) sentiment d'efficacité et de satisfaction parentales; (4) adaptation du parent; (5) relation entre les parents. Tous niveaux d'intervention confondus, les résultats de la méta-analyse révèlent des effets significatifs de *Triple P*, à court ou à long terme, sur l'ensemble de ces variables. Les tailles d'effet vont de faibles à modérées. En ce qui concerne les mesures observationnelles, elles ont été mises à profit seulement dans les évaluations des niveaux 3, 4 et 5 du programme. Tant le comportement de l'enfant que celui du parent ont été

observés. Niveaux 3 à 5 confondus, les résultats de la méta-analyse révèlent des effets significatifs de *Triple P*, de taille modérée, sur le comportement observé de l'enfant. Ces effets sont observés tant à court terme qu'à long terme. En ce qui concerne le comportement observé du parent, l'effet à court terme n'est pas significatif, mais un effet modeste est observé au *follow up*.

La méta-analyse de Sanders et al. évalue également l'effet de 15 variables modératrices sur les résultats de l'intervention. Ces variables sont divisées en quatre catégories : (1) composantes modifiables de l'intervention (niveau, format, etc.); (2) caractéristiques des échantillons (pays de provenance, sévérité des problèmes de l'enfant au pré-test, etc.); (3) variables méthodologiques (qualité du devis, délai du *follow-up*, etc.); (4) risques de biais (statut de publication, implication de l'auteur du programme, etc.). Le portrait qui ressort de ces analyses de modération est complexe : la plupart des variables étudiées ont un effet modérateur significatif sur au moins une des variables dépendantes à l'étude. Cependant, aucune n'a d'effet constant sur l'ensemble des variables dépendantes, ce que les auteurs interprètent comme un signe de robustesse du programme *Triple P*. Les seules qui continuent à avoir un effet modérateur significatif sur au moins une variable dépendante après que l'effet des autres modérateurs ait été contrôlé sont : la puissance de l'étude ($N < \text{ou} > 35$), l'approche de l'étude (universelle vs ciblée vs clinique), le niveau de *Triple P*, et la sévérité des problèmes initiaux de l'enfant. Autrement dit, les études avec de grands échantillons tirés de populations à risque ou cliniques, où les enfants affichent a priori des problèmes sévères et à qui on applique des niveaux plus intensifs de *Triple P*, sont celles qui obtiennent les tailles d'effets les plus grandes.

Enfin, la méta-analyse de Sander et al. se penche spécifiquement sur l'effet de *Triple P* sur les pères, grâce à un sous-échantillon de 27 études menées auprès de 1852 pères au total. Ces données suggèrent des effets significatifs du programme sur l'adaptation des enfants, que l'on parle de mesures auto-rapportées ou de mesures observationnelles. Des effets de taille similaire sont aussi observés sur les pratiques parentales, le sentiment d'efficacité et de satisfaction parentale, et la relation entre les parents. Les effets sont non significatifs en ce qui concerne l'adaptation du parent et l'observation extérieure de ses comportements. Les données provenant de mesures observationnelles sont à interpréter avec prudence, car une seule étude a utilisé ce type de mesure avec des pères.

En somme, en dépit de certaines lacunes et biais inhérents aux études évaluatives réalisées jusqu'à présent sur *Triple P*, le constat général d'efficacité du programme sur l'exercice du rôle parental et sur le comportement des enfants semble robuste. Cependant, à l'exception des pères pour qui le programme semble moins efficace, peu de données sont disponibles pour statuer sur l'efficacité relative du programme auprès de clientèles spécifiques, comme les familles de très jeunes enfants, de faible statut socio-économique, monoparentales, issues de groupes culturels minoritaires, ou non volontaires. Par ailleurs, l'utilisation de groupes contrôle ne recevant aucun service dans la majorité des études ne permet pas de savoir comment *Triple P* se compare à d'autres programmes reconnus, ou encore aux services psychosociaux usuels, en terme d'effets sur la clientèle.

Références

- de Graaf, I., Speetjen, P., Smit, F., de Wolff, M. & Tavecchio, L. (2008a). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children : A meta-analysis. *Behavior Modification*, 32(5), 714-735. doi : 10.1177/0145445508317134.
- de Graaf, I., Speetjen, P., Smit, F., de Wolff, M. & Tavecchio, L. (2008b). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on parenting : A meta-analysis. *Family Relations*, 57(5), 553-566.
- Downs, S., & Black, N. (1998). The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 377-384.
- Fletcher, R., Freeman, E., & Matthey, S. (2011). The impact of behavioural parent training on fathers' parenting: A meta-Analysis of the Triple P - Positive Parenting Program. *Fathering*, 9, 291-312.
- Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple-P Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling : Effective and moderating variables. *Clinical Child and Family Psychology Review* 11, 114-144. doi : 10.1007/s10567-008-0033-0.
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014) The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, 34, 337-357.
- Saunders, L., Soomro, G., Buckingham, J., Jamtvedt, G., & Raina, P. (2003). Assessing the methodological quality of nonrandomized intervention studies. *Western Journal of Nursing Research*, 25, 223-237.
- Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, J. (2007). Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and Triple P – Positive Parenting Program : A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology* 35, 475-495. doi : 10.1007/s10802-007-9104-9.
- Wilson, P., Rush, R., Hussey, S., Puckering, C., Sim, F., Allely, C. S., Doku, P., McConnachie A., & Gillberg, C. (2012). How evidence-based is an 'evidence-based parenting program'? A PRISMA systematic review and meta-analysis of Triple P. *BMC Medicine*, 10:130. doi:10.1186/1741-7015-10-130