

MÉMOIRE

présenté à

la Commission parlementaire des affaires sociales

dans le contexte des consultations sur le projet de loi n° 125
modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse
et d'autres dispositions législatives

par

les directeurs de santé publique
des agences de développement
de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

15 décembre 2005

RÉDACTRICE SCIENTIFIQUE

Julie Poissant, Ph. D., agente de planification
Institut national de santé publique du Québec

COLLABORATEURS PRINCIPAUX

Alain Carrier, coordonateur des professionnels
Direction de santé publique
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval

Yv Viger Bonnier, médecin spécialiste en santé communautaire, directeur de santé publique de
l'Iiyiyu Aschii
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Terres-Cries-de-la-Baie-James

Marc Lacour, directeur des services sociaux
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la
Mauricie et Centre-du-Québec

Johanne Laverdure, coordonnatrice scientifique
Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA DIRECTION DE

Jocelyne Sauvé, médecin spécialiste en santé communautaire, FRCPC
Directrice de santé publique
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
de la Montérégie

LE PRÉSENT MÉMOIRE A ÉTÉ ENTÉRINÉ PAR LES DIX-HUIT DIRECTEURS DE SANTÉ
PUBLIQUE DES AGENCES DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE
SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

La porte-parole des directeurs de santé publique est :

Jocelyne Sauvé, M.D., FRCPC

Directrice

Direction de santé publique

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
de la Montérégie

1255, rue Beauregard

Longueuil (Québec)

J4K 2M3

j.sauve@rrsss16.gouv.qc.ca

No de téléphone : 450-928-6777 poste 3046

Le 15 décembre 2005

TABLES DES MATIÈRES

MISE EN CONTEXTE.....	5
1. Commentaires généraux.....	6
2. La continuité des soins.....	6
3. La primauté des besoins de l'enfant.....	7
4. Le projet de vie	8
5. Les définitions de l'abus et de la négligence	9
6. L'approche consensuelle.....	9
7. Nos inquiétudes et nos devoirs en regard de la prévention de l'abus et de la négligence	10
CONCLUSION.....	13
ANNEXE	
LISTE DES DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE.....	15
RÉFÉRENCES	16

MISE EN CONTEXTE

La Loi sur la santé publique confère aux directeurs de santé publique le mandat d'agir dans le but de protéger, de maintenir ou d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

Plus particulièrement, sur le plan de la promotion de la santé et de la prévention, les directeurs de santé publique ont la légitimité d'intervenir afin de prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé, notamment en faisant la promotion de politiques sociales et de politiques publiques auprès des divers intervenants dont les décisions ou actions sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé et le bien-être de certains groupes particuliers ou de l'ensemble de la population.

Le 20 octobre dernier, la ministre déléguée à la protection de la jeunesse et à la réadaptation, Mme Margeret F. Delisle, présentait son projet de révision de la Loi sur la protection de la jeunesse. Ce projet fait suite au Rapport d'un comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse, présidé par M. Jacques Dumais, et déposé en novembre 2003.

Dans le contexte des débats que suscite un tel projet de révision, les directeurs de santé publique souhaitent apporter leur contribution. En effet, l'éclairage de santé publique sur les enjeux que pose la présente réforme de la loi apparaît un point de vue utile. C'est en raison de l'importance que nous accordons au développement de l'enfant et en reconnaissant que certaines façons de faire sont porteuses d'une plus grande efficacité que les directeurs de santé publique souhaitent intervenir dans le présent débat.

1. COMMENTAIRES GÉNÉRAUX

D'emblée, nous tenons à exprimer notre appréciation du travail accompli afin de clarifier et de bonifier la précédente loi. Nous accueillons avec satisfaction l'attention portée par le législateur aux définitions revues de l'abus et de la négligence ainsi qu'à la précision apportée aux types de pratiques d'intervention afin d'assurer le bien-être des enfants. Dans cette perspective, nous souhaitons que le projet de loi n° 125 soit adopté et amène la société québécoise à mieux prendre en charge les enfants les plus vulnérables.

En raison de nos actions de prévention intimement associées au bien-être des enfants, nous tenons à nous prononcer plus spécifiquement en faveur de certaines modifications de la loi à savoir :

- la continuité des soins offerts à l'enfant;
- la primauté du droit de l'enfant;
- le projet de vie;
- les définitions de l'abus et de la négligence;
- l'approche consensuelle.

Ensuite, nous exprimerons nos inquiétudes relatives à certains facteurs qui auront un impact déterminant quant au respect de l'esprit de cette loi qui nous apparaît prendre ses racines dans la volonté ferme de protéger et de soutenir les enfants du Québec. Nous aborderons également nos devoirs en regard de la prévention de l'abus et de la négligence.

2. LA CONTINUITÉ DES SOINS

L'article 4 du projet de loi n° 125 précise que l'enfant a le droit de recevoir des services avec continuité et de façon personnalisée, tout comme ses parents ont le droit à des services adéquats. À notre avis, ces précisions sont conformes aux écrits de la littérature scientifique qui montrent que seule une intervention soutenue et adaptée aux besoins des familles peut avoir un effet bénéfique sur le développement des enfants¹.

Depuis la dernière décennie, plusieurs programmes ont tenté d'améliorer les comportements parentaux inadéquats. Ces interventions de nature préventive ou clinique visent à améliorer la

¹ Boyer & Laverdure, 2000.

relation parent-enfant. Les recherches évaluatives démontrent bien que les programmes qui permettent aux parents vulnérables de recevoir un soutien social personnalisé influencent positivement tant leur santé que les pratiques reliées à l'éducation de leurs enfants².

3. LA PRIMAUTÉ DES BESOINS DE L'ENFANT

Nous faisons nôtre la recommandation du rapport Dumais pour que la loi établisse clairement que « le principe de l'intérêt de l'enfant et du respect de ses droits constitue le principe premier de la LPJ, ayant préséance sur tous les autres »³. Bien que nous soyons d'avis que le maintien de l'enfant dans son milieu familial est souhaitable, nous convenons que dans certaines circonstances, le respect des droits des parents peut nuire à l'intérêt de l'enfant. On ne saurait assez souligner l'importance pour l'enfant d'être dans un milieu aimant et stimulant lors de la petite enfance afin de lui permettre l'actualisation de son potentiel.

En effet, les chercheurs préoccupés par la petite enfance s'entendent pour reconnaître l'importance des expériences précoces pour le développement de l'enfant⁴. Selon Steinhauer (1997), rien n'influence davantage le développement de l'enfant, après les composantes génétiques, que la qualité des soins donnés durant les trois premières années de vie. McCain et Mustard (1999) affirment que les premières expériences socioaffectives de l'enfant dans son milieu familial jouent un rôle dans la formation et l'étayage des synapses des cellules nerveuses. Sroufe et ses collaborateurs (1996) ajoutent que les premières relations fournissent à l'enfant ses premières opportunités de créer des liens, stimulent le développement de son langage et de ses autres habiletés cognitives.

Bien qu'il soit important d'investir dans le développement des parents, le temps requis pour obtenir des résultats est assez long. En comparaison, le temps qui s'écoule a beaucoup plus d'importance pour le développement de l'enfant qui se déroule sur une échelle de temps bien plus rapide⁵. Accorder la primauté aux besoins de l'enfant est donc un élément fondamental dans la loi.

² Olds et al, 1999 ; Olds, 2002.

³ Extrait de la page 25 de Dumais et al, 2004.

⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005b.

⁵ Moss, Tarabulsky & St-Laurent, 2003.

4. LE PROJET DE VIE

Les articles 22 et 52 de la loi traitent de la durée maximale des mesures d'hébergement selon l'âge de l'enfant. Ils mettent l'emphasis sur l'importance d'assurer à plus long terme une continuité dans les soins et une stabilité. Ces articles concordent avec les connaissances actuelles sur les facteurs de protection en regard du développement des enfants et sur les notions centrales de l'attachement.

Rappelons d'abord que l'attachement se développe d'une manière progressive et continue. Le très jeune enfant apprend petit à petit, par les réponses qu'il reçoit, qu'il peut compter sur son parent, et ainsi explore son environnement avec confiance. Il se fait graduellement une représentation de la disponibilité de ses parents en cas de besoin et de l'efficacité de ces derniers à l'aider à maîtriser ses émotions⁶. L'attachement s'organise en un type particulier (attachement sécurisant ou insécurisant) entre 12 et 18 mois⁷ grâce à une certaine stabilité dans les modèles d'interaction. L'attachement sécurisant développé durant la petite enfance devient un facteur de protection pour le développement ultérieur de l'enfant alors que l'attachement insécurisant constitue un facteur de risque. Selon Paquette, Saint-Antoine et Provost (2000), l'attachement insécurisant est plus souvent associé à des troubles externalisés à l'âge préscolaire et à l'âge scolaire, à la dépendance aux adultes, au retrait social, à la passivité et à la soumission aux pairs.

Thompson (1999) précise qu'une continuité dans la qualité de l'interaction parent-enfant au-delà de la période critique de 0 à 1 an est nécessaire pour que les conséquences d'un attachement sécurisant influencent positivement la trajectoire développementale de l'enfant. D'ailleurs, un trouble d'attachement peut s'installer, notamment lorsque la figure parentale n'offre plus les soins adéquats, disparaît ou change fréquemment. Soulignons néanmoins que tous les schèmes du développement, incluant l'attachement, peuvent être changés, mais cela devient plus difficile à mesure que l'enfant vieillit. Bref, assurer à l'enfant, le plus rapidement possible, des soins de qualité et une stabilité chez les figures d'attachement, est vital si l'on souhaite soutenir adéquatement son développement.

⁶ Bowlby, 1969.

⁷ Bowlby, 1969; Marvin & Britner, 1999.

5. LES DÉFINITIONS DE L'ABUS ET DE LA NÉGLIGENCE

Nous considérons très pertinente la clarification des notions d'abus et de négligence. Ces définitions correspondent à l'état des connaissances dans le domaine.

Nous appuyons l'ajout de la notion des mauvais traitements psychologiques comme motif d'intervention en protection de la jeunesse. En effet, selon l'*Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec*⁸, la présence de ces mauvais traitements a été reconnue dans près du quart des signalements retenus pour évaluation par la Direction de la protection de la jeunesse. De plus, Gagné (2001)⁹ montre que les mauvais traitements psychologiques seraient « susceptibles d'atteindre les jeunes sur tous les plans de leur développement, avec une intensité qui pourrait même surpasser celle associée à l'impact des autres formes de violence, d'abus et de négligence ». Selon l'auteure, ce type de mauvais traitements peut entraîner des troubles du développement social, affectif, cognitif et physique pouvant se manifester par différents problèmes de comportement.

6. L'APPROCHE CONSENSUELLE

L'approche consensuelle préconisée par le projet de loi nous semble judicieuse parce qu'elle repose sur la notion de pouvoir d'agir. Elle permet de s'allier les parents et de s'inscrire dans une perspective positive quant aux changements. Le pouvoir d'agir fait référence à la possibilité pour les personnes de mieux contrôler leur vie et d'avoir un plus grand contrôle sur l'atteinte d'objectifs importants pour elles¹⁰.

L'approche consensuelle est particulièrement vitale pour la négociation de l'intervention en vue d'assurer ce qu'il y a de meilleur pour l'enfant. Afin d'accompagner les familles dans leur cheminement, il s'avère nécessaire d'éviter les attitudes qui les culpabilisent ou qui les dépossèdent de leur pouvoir d'agir. L'expérience a clairement montré qu'une approche centrée sur le contrôle social ne réussit qu'à accentuer la méfiance des familles envers les ressources et leur refus de les utiliser¹¹. À l'inverse, une approche visant le renforcement du pouvoir d'agir se veut respectueuse des valeurs et des façons de faire des familles en même temps qu'elle est basée

⁸ Tourigny et al., 2002 cité dans Dumais et al., 2004.

⁹ Extrait de la page 9 de Dumais et al., 2004.

¹⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004.

¹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004.

sur l'idée que les personnes, étant dans des situations très difficiles, ont les aptitudes ou peuvent acquérir les ressources pour s'en sortir¹².

À notre avis, l'un des défis que pose l'approche consensuelle à notre réseau est de revoir nos pratiques actuelles quant au recours au tribunal. Nous avons été étonnés de constater l'augmentation majeure de la proportion de situations soumises au tribunal. Selon le rapport Dumais, entre 1993-1994 et 2000-2001 cette proportion est passée de 32 % à 47 %. Sans prétendre nous substituer aux experts, ces données sont révélatrices d'un glissement qui a des effets sur l'efficacité d'une approche qui prône le consensus. Il faut réfléchir à l'impact d'une judiciarisation disproportionnée des cas (stress vécu par les familles, délai d'attente, etc.) sur la pratique clinique et, conséquemment, sur le bien-être des enfants.

7. NOS INQUIÉTUDES ET NOS DEVOIRS EN REGARD DE LA PRÉVENTION DE L'ABUS ET DE LA NÉGLIGENCE

Le projet de loi n° 125 arrive à point nommé. Il doit s'inscrire dans le mouvement de réorganisation actuelle du réseau de la santé et des services sociaux que porte la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives. La situation des enfants et des familles vulnérables doit être au cœur des projets cliniques des centres de santé et des services sociaux.

Malgré les excellents éléments mis de l'avant dans le projet de loi, force est de constater que l'action auprès des enfants retenus dans le contexte de la protection n'est pas, à elle seule, suffisante. En effet, si l'on veut infléchir la tendance sans cesse à la hausse du nombre de signalements, répondre aux besoins des familles en difficulté et aux besoins des familles dont le signalement de l'enfant n'a pas été retenu, il nous faut nécessairement agir de manière préventive et en amont des problèmes.

Pour conserver le caractère d'exception de la Loi de la protection de la jeunesse, nous attirons l'attention du législateur sur l'importance d'agir précocement, voire de façon préventive. À cet égard, les articles traitant de la prévention nous apparaissent timides. D'autres législations, notamment celles de la Colombie-Britannique¹³ et de l'Alberta¹⁴, ont su intégrer des recommandations portant sur l'importance d'offrir des services préventifs aux enfants et aux familles, services qui incluent une participation de la communauté. Nous pourrions nous inspirer de ces législations pour bonifier davantage la législation québécoise. Les expériences des vingt dernières années indiquent que la prise en charge individuelle des parents est insuffisante. La solidité du tissu communautaire et de l'environnement immédiat des familles reste déterminante.

¹² Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004.

¹³ L'article 3 e de la Loi de la Colombie-Britannique cité dans Dumais et al. 2004.

¹⁴ L'article 2 g de la Loi de l'Alberta cité dans Dumais et al. 2004.

De plus, il faut soutenir adéquatement les familles et les enfants en besoin. Des interventions intensives de première ligne auprès des jeunes en crise et leur famille (des programmes de type *Crise-ado-famille-enfance*) ont aussi fait leur preuve afin de prévenir le recours aux services de protection de la jeunesse. Néanmoins, beaucoup reste à faire. En effet, dans une récente étude effectuée par le GRISE¹⁵, on peut lire que : « une forte prévalence du taux de placement en réponse aux situations de crise et d'urgence était en bonne partie attribuable à l'absence de services de première ligne disponibles en dehors des heures régulières d'ouverture et l'absence de services spécifiques pour intervenir dans les situations de crise ». On pose également l'hypothèse, dans ce même rapport de recherche par rapport aux situations de signalements non retenus, que « l'existence de nombreuses situations de besoins d'aide à défaut de recevoir une réponse adéquate, allaient se détériorer et/ou dégénérer en besoin de protection ».

Il importe également d'agir en amont des problèmes. Soulignons que la négligence et la maltraitance sont plus souvent observées dans les familles confrontées à la pauvreté. Dans leur étude sur les inégalités de santé, Boisvert et Pépin (2004) soulignent : « fait à noter, les taux de signalements sont très reliés à l'indice de défavorisation. Le taux de signalement dans les communautés très défavorisées est trois fois supérieur à celui des communautés très favorisées (126 pour mille en comparaison de 40 pour mille) et, cela, malgré le fait que le pourcentage de jeunes de 0 à 19 ans y soit le moins élevé ». Ces résultats nous rappellent que la pauvreté est comme une courbe dangereuse dans laquelle tous n'ont pas un accident, mais où il se produit plus d'accidents qu'ailleurs¹⁶. L'Observatoire Grave-Ardec¹⁷ rapporte aussi que l'augmentation des taux d'abus physique et de négligence a suivi l'augmentation des taux de pauvreté durant les années 1990. La lutte à la pauvreté chez les enfants devrait se trouver au cœur des préoccupations du Ministère qui cherche non seulement à mieux intervenir auprès des enfants victimes de violence et de négligence, mais qui a aussi la responsabilité d'améliorer la santé et le bien-être des groupes les plus vulnérables de la population québécoise.

Dans ce contexte, la prévention des abus et négligences doit s'appuyer sur la réduction des inégalités socio-économiques, inégalités dont l'impact sur la santé et le bien-être n'est plus à démontrer. D'ailleurs, le directeur national de santé publique, dans son premier rapport *Produire la santé* (2005a), rappelle entre autres que « l'adoption de la stratégie et de la Loi en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale constitue un pas vers la réduction des inégalités sociales et des inégalités de santé »¹⁸. D'autres mesures ou politiques publiques, incluant le support direct aux familles en situation de vulnérabilité, aux parents adoptifs et aux personnes qui exercent une tutelle, pourraient venir soutenir l'atteinte de cet objectif.

Par ailleurs, un programme est présentement coordonné par les directions de santé publique et déployé à la grandeur du Québec sous l'appellation des *Services intégrés en périnatalité et pour*

¹⁵ Pauzé, Joly, Yergeau, Toupin & Touchette, 2005.

¹⁶ Groupe de travail pour les jeunes, 1991.

¹⁷ Blanchard, 2002.

¹⁸ Extrait de la page 77.

la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Grâce, entre autres, à un suivi intensif, continu et individualisé de la période prénatale jusqu'à ce que l'enfant entre à l'école, les parents peuvent accroître leur sensibilité parentale, ce qui renforce le lien d'attachement, diminue le contrôle exercé par les parents sur le bébé et réduit les risques d'abus et de négligence envers ce dernier¹⁹. Ce programme fixe des objectifs de résultats exigeants pour notre réseau de services. Ces objectifs trouvent une traduction concrète dans les ententes de gestion. L'objectif d'ici 2010 est double, à savoir rejoindre 75 % de mères de 20 ans et plus sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu et d'accompagner 90 % des mères de moins de 20 ans. Les efforts à consentir restent considérables et exigent des centres de santé et de services sociaux de faire de cette approche une priorité.

La volonté de notre réseau d'améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services par un solide réseautage entre la première ligne de services et les services spécialisés offerts par les centres jeunesse prennent un sens particulier. Il en va du degré de succès de cette nouvelle loi de protection de la jeunesse. L'arrimage entre la première et la seconde ligne n'a jamais été aussi essentiel.

¹⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004.

CONCLUSION

En somme, le projet de loi n° 125 nous apparaît une loi courageuse qui soulève de véritables questions et apporte un nombre appréciable de réponses. Nous assurons le législateur de l'engagement des directeurs de santé publique à contribuer à sa réussite par des actions vigoureuses en matière de prévention. Nous soulignons également l'importance d'y adjoindre les ressources adéquates pour permettre sa mise en application dans la plus grande harmonie et insistons sur l'importance de poursuivre et de soutenir la formation des intervenants des centres jeunesse, des centres de santé et de services sociaux et des intervenants judiciaires afin de rendre l'action auprès des enfants la plus signifiante et efficiente possible. L'enjeu est de taille, il s'agit du devenir de milliers d'enfants au Québec.

A N N E X E

LISTE DES DIRECTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE

RÉGIONS	NOMS
01 BAS ST-LAURENT	Robert Maguire
02 SAGUENAY-LAC-ST-JEAN	Andy Kennedy
03 QUÉBEC	François Desbiens
04 MAURICIE ET CENTRE DU QUÉBEC	André Dontigny
05 ESTRIE	Ginette Dorval
06 MONTRÉAL-CENTRE	Richard Lessard
07 OUTAOUAIS	Lucie Lemieux
08 ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	Réal Lacombe
09 CÔTE-NORD	Raynald Cloutier
10 BAIE-JAMES	Éric Goyer
11 GASPÉSIE-ILES-DE-LA-MADELEINE	Christian Bernier
12 CHAUDIÈRE-APPALACHES	Philippe Lessard
13 LAVAL	Nicole Damestoy
14 LANAUDIÈRE	France Lussier
15 LAURENTIDES	Blandine Piquet-Gauthier
16 MONTÉRÉGIE	Jocelyne Sauvé
17 NUNAVIK	Serge Déry
18 TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	Yv Bonnier-Viger

RÉFÉRENCES

- BLANCHARD, D., *Rubrique de l'Observation GRAVE-Ardec, Données évolutives sur l'abus physique et la négligence envers les enfants au Québec*, de 1993 à 1999, Novembre 2002, Rubrique No 1.
- BOISVERT, R., Y. PÉPIN. *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec : une analyse écologique (phase II)*, Rapport de recherche abrégé, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Octobre 2004.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss* : Vol. 1 Attachment. New-York, Basic Books.
- BOYER, G., et J. LAVERDURE. (2000) *Le déploiement des programmes de type Naître égaux – Grandir en santé au Québec*, Québec, Institut National de santé publique du Québec.
- DUMAIS, J., et autres. (2004). *La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager*, Rapport du comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse, Direction générale des services à la population.
- GROUPE DE TRAVAIL POUR LES JEUNES. (1991). *Un Québec fou de ses enfants*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Rapport du groupe de travail pour les jeunes.
- MARVIN, R., et P.A. Britner, (1999). *Normative development, the ontogeny of attachment*, In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*, p. 44-67, New-York: Guilford Press.
- MARVIN, R., et P.A. BRITNER. (1999). *Handbook of attachment : Theory, research and clinical applications*, Normative development : The ontogeny of attachment, In J. Cassidy and P.R. Shaver (Eds.), New-York, Guilford Press, p. 44-67.
- McCAIN, M. N., et J. F. MUSTARD. (1999). *Inverser la véritable fuite des cerveaux : étude sur la petite enfance*, Rapport final, Toronto, Institut canadien de la recherche avancée.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*, Cadre de référence Québec, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2005a). *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec Produire la santé*, Québec, Direction des communications.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2005b). *L'attachement au cœur du développement du nourrisson*, Gouvernement du Québec.

MOSS, E., G.M. TARABULSY et D. ST-LAURENT. (2003). *Commentaires sur les modifications proposées à la Loi sur la protection de la jeunesse*. Montréal, Mémoire présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux et au ministère de la Justice sur invitation.

OLDS, D.L. (2002). *Prenatal and infancy home visiting by nurse : From randomized trials to community replication*, *Prevention Science*, 3, p. 153-172.

OLDS, D.L., et autres. (1999). *Prenatal and infancy home visitation by nurses : Recent findings*, *The Future of children*, 9, p. 44-65.

PAQUETTE, D., M. SAINT-ANTOINE et N. PROVOST. (2000). *Formation sur l'attachement : guide à l'usage du formateur*, Montréal, l'Institut de recherche pour le développement social des jeunes.

PAUZÉ, R., et autres. (2005). *Évolution des jeunes et des familles desservis par le programme CRISE-ADO-FAMILLE ENFANCE*, Montréal, GRISE.

SCHNEIDER, B. H., L. ATKINSON et C. TARDIF. (2001). *Child-parent attachment and children's peer relations : A quantitative review*, *Developmental Psychology*, 37, p. 86-100.

SROUFE, L. A., et autres. (1996). *Child development : Its nature and course*, New-York, McGraw-Hill Inc.

STEINHAUER, P. (1997). *Raising a healthy child depends on time and timing*, *Windows of opportunity Canada*, Child and Family.

THOMPSON, M. (2001). *Development in the first years of life*. *The Future of Children*, 11, p. 21-24.

THOMPSON, R.A. (1999). Early attachment and later development. In J. Cassidy and P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment : Theory, research and clinical applications*, New-York : Guilford Press, p. 265-286.