

Outils et cadres de mesure du parentage



Étude exploratoire
Janvier 2025

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est une agence du gouvernement de l'Ontario dont l'objectif est de protéger et de promouvoir la santé des Ontariennes et les Ontariens et de réduire les inégalités face à la santé. Pour ce faire, Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Santé publique Ontario offre un soutien scientifique et technique spécialisé afin d'aider le gouvernement, les bureaux locaux de santé publique ainsi que les fournisseurs de soins dans les domaines suivants :

- maladies infectieuses et transmissibles;
- prévention et contrôle des infections;
- santé environnementale et santé au travail;
- préparation aux situations d'urgence;
- promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes;
- services de laboratoires de santé publique.

Le travail de Santé publique Ontario comporte également des volets de surveillance, d'épidémiologie, de recherche, de perfectionnement professionnel ainsi que de services axés sur le savoir. Pour en savoir plus, consultez www.santepubliqueontario.ca

Comment citer ce document :

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Outils et cadres de mesure du parentage : étude exploratoire. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2025.

ISBN : 978-1-4868-8732-3

Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2025

Auteurs

Sarah Carsley, Ph. D
Spécialiste en sciences appliquées de la santé
publique, Croissance et développement sains
Promotion de la santé, prévention des maladies
chroniques et des blessures
Santé publique Ontario

Katie Goes, IA, BSc en soins infirmiers
Infirmière en santé publique
Programme pour la petite enfance
Santé publique de la région de Halton

Catherine Jewell, IA, BSc en soins infirmiers,
maîtrise en soins infirmiers
Infirmière en santé publique, prévention des
traumatismes et de la consommation de
substances
Service de la santé familiale et communautaire
Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka

Heather Lawson, IA, BSc en soins infirmiers,
baccalauréat en éducation
Infirmière en santé publique
Lutte contre les maladies transmissibles
Bureau de santé du district de North Bay-Parry
Sound

Amilynn Sharpe, IA, BSc en soins infirmiers,
baccalauréat en arts
Infirmière en santé publique, croissance et
développement en santé
Service de la santé familiale et communautaire
Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka

Jessica Wood, IA, BSc en soins infirmiers
Infirmière en santé publique
Santé familiale
Bureau de santé du district de North Bay-Parry
Sound

Remerciements

Réviser
Andrea Gonzalez, Ph. D
Professeure agrégée
Département de psychiatrie et de sciences neurocomportementales
Université McMaster

Révisure
Mackenzie Martin, Ph. D
Boursière postdoctorale
Département de psychiatrie et de sciences neurocomportementales
Université McMaster

Avis de non-responsabilité

Ce document a été élaboré par Santé publique Ontario. Santé publique Ontario fournit des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux organisations de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Le travail de Santé publique Ontario est guidé par les meilleures données probantes disponibles au moment de la publication.

La mise en application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité de l'utilisateur. Santé publique Ontario décline toute responsabilité pouvant résulter d'une telle application ou utilisation.

Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite expresse de Santé publique Ontario.

Table des matières

Contexte	1
Méthodes	4
Principales conclusions	7
Concepts de parentage	8
Cadres	8
Outils de mesure	9
Indicateurs	9
Santé mentale des parents	13
Évolution de l'enfant	14
Relations interpersonnelles saines	14
Interactions parent-enfant	15
Parentage positif	16
Développement des compétences parentales	18
Environnement et communauté	19
Discussion	20
Conséquences pour la pratique	21
Points forts	21
Limitations	21
Conclusion	22
Références	23
Annexe A : Résumé des études examinées par les pairs qui ont été incluses	37
Annexe B : Résumé des fiches de littérature grise incluses	41
Annexe C : Indicateurs et outils de mesure du parentage	43
Annexe D : Outils de mesure par domaine	46

Contexte

Le développement sain de l'enfant est reconnu comme un facteur social déterminant de la santé¹, qui lie les premières expériences de vie à l'évolution de la santé mentale et physique tout au long de l'existence. On a observé que des pratiques parentales adéquates ont pour résultat des retombées positives dans le développement cognitif, social, émotionnel et physique des enfants. Réciproquement, un parentage inadéquat ou sous-optimal peut avoir des effets néfastes à court et à long terme. Comprendre et évaluer le rôle des parents est essentiel à l'identification de leurs forces, de leurs faiblesses et des domaines nécessitant une amélioration, ainsi qu'à la mise en place d'interventions ciblées susceptibles d'aider les parents à créer un environnement sûr, motivant et attentionné, propice au bon développement de leurs enfants^{2,3}. En Ontario, les bureaux de santé publique recueillent, analysent et font le suivi des données utiles à l'orientation des programmes destinés aux parents, tout en utilisant une approche globale de promotion de la santé visant à soutenir la santé et le bien-être des nourrissons et des enfants³.

La pratique d'un parentage positif contribue au développement sain de l'enfant en renforçant l'attachement entre le parent et l'enfant, en valorisant les comportements positifs de l'enfant, en réduisant les problèmes de comportement et en améliorant globalement la santé de l'enfant³. Dans ce rapport, les termes « parent » et « parentage » réfèrent aux différentes personnes qui s'occupent des jeunes enfants, ce qui inclut les parents, les pourvoyeurs de soins, les membres de la famille et les autres adultes qui s'occupent d'eux. On peut définir le parentage positif comme un comportement parental attentionné, responsabilisant et non violent qui reconnaît et favorise le plein épanouissement de l'enfant⁴. On a également démontré que ces comportements avaient un effet protecteur contre les facteurs de risque environnementaux dans l'enfance, tels qu'un statut socio-économique inférieur⁵. Des pratiques parentales trop sévères et non cohérentes sont plus susceptibles d'entraîner des problèmes de comportement chez l'enfant, ainsi qu'une perte d'attachement, ce qui augmente le risque de problèmes de développement durant l'enfance qui auront des répercussions à long terme qui peuvent inclure des comportements antisociaux, des problèmes de conduite, des difficultés émotionnelles et une faible maîtrise de soi^{5,6}. Une éducation parentale trop dure combinée à d'autres stressseurs peut également contribuer au développement d'un stress toxique pendant l'enfance, une période lors de laquelle le cerveau se développe rapidement, ce qui augmente le risque d'une évolution défavorable des fonctions exécutives, de l'attention, de la vitesse de traitement de l'information, du langage, de la mémoire et des habiletés sociales^{7,8}.

Les fondements d'une santé durable sont posés dès la période prénatale et lors des premières années suivant la naissance⁸. Les six premières années de la vie d'un enfant sont d'une importance cruciale, alors que le cerveau se développe et évolue rapidement en réponse à l'environnement et aux relations que l'enfant entretient avec les adultes qui l'entourent⁹. Si les enfants se voient privés d'une relation attentionnée avec la personne qui s'occupe d'eux, ou de tout autre facteur nécessaire à un développement sain, tel qu'un logement et une communauté sûrs ou des expériences enrichissantes, il peut en résulter des conséquences négatives, notamment un développement sous-optimal durant la petite enfance et une dégradation de la santé mentale⁹. Les travaux pionniers de Felitti et coll. sur les expériences négatives durant l'enfance (ENE)¹⁰, qui englobent des situations potentiellement

traumatisantes vécues avant 18 ans, telles que la négligence, la maltraitance ou les dysfonctionnements familiaux, ont montré que les ENE ont un impact majeur sur la santé physique et mentale à tous les stades de la vie¹¹. Plus récemment, on a reconnu les expériences positives de l'enfance (EPE) comme faisant partie des fondements d'une bonne santé, déplaçant ainsi l'accent de l'éducation parentale positive au concept plus large des soins attentionnés^{8,12-15}. D'autres principes de la santé mentale de la petite enfance incluent le développement d'une capacité à établir des relations sécurisantes avec les adultes et les autres enfants, le vécu d'expériences, la maîtrise et l'expression d'une gamme complète d'émotions ainsi que l'exploration de l'environnement pour apprendre dans les contextes familial, communautaire et culturel⁹.

Afin de promouvoir, au cours des deux dernières décennies, les avantages du parentage positif et de soutenir les familles vivant dans des conditions de stress élevé, de nombreuses interventions de santé publique et de nombreux programmes de parentage sont passés des modèles d'intervention comportementale à une approche axée sur l'attachement entre le nourrisson et la personne qui s'occupe de lui ainsi que sur la santé relationnelle précoce. L'attachement aux parents dans la petite enfance, qui découle d'un besoin de sécurité et de protection¹⁶, se développe lorsque les parents répondent de manière affectueuse et cohérente aux besoins émotionnels et physiques de l'enfant. Les modèles en santé mentale du nourrisson utilisent la métaphore du « service et retour » pour décrire les échanges réciproques entre le parent et l'enfant, qui forment et renforcent les connexions neuronales du cerveau responsables de la régulation des émotions et de la gestion du stress¹⁷. En ce qui concerne la théorie de l'attachement, les enfants dont les parents sont attentifs et répondent de manière cohérente à leurs besoins sont plus à même de former un modèle d'attachement sécurisant, qui leur permet d'explorer leur environnement en toute confiance et de recevoir du réconfort. En revanche, les enfants dont les parents sont constamment indisponibles ou répondent de manière imprévisible à leurs besoins sont plus susceptibles de développer des schémas d'attachement insécurisants, qui se traduiront par l'adoption d'un modèle de comportement craintif et dérégulé¹⁸. Un développement émotionnel et cognitif sain dépend d'interactions réceptives et fiables avec des adultes, alors qu'un schéma d'attachement sécurisant est associé à de nombreux avantages pour le bien-être psychologique d'un individu¹⁸, notamment le développement d'une résilience permettant d'atténuer les effets négatifs des événements adverses, voire traumatisants¹⁴.

Alors que les facteurs de risque d'un développement sous-optimal pendant l'enfance se manifestent aux niveaux individuel, familial et communautaire⁹, les bienfaits qui résultent d'un parentage adéquat comprennent le développement de traits comportementaux, l'acquisition de compétences de régulation sociale et émotionnelle, la capacité à développer et à maintenir des relations, et la santé physique et mentale à long terme^{9,14,17}. Étant donné que ces résultats associés aux compétences parentales peuvent être modélisés, enseignés, appris, pratiqués, renforcés et valorisés chez les enfants, il est essentiel que les parents et les familles aient accès à des services qui encouragent et soutiennent les compétences parentales en matière de réceptivité, de cohérence, de sensibilité et de discipline non abusive. Alors que se développe notre compréhension des mécanismes par lesquels les systèmes cérébraux et corporels, les comportements de prestation des soins, les interactions familiales et les environnements communautaires s'influencent et se renforcent mutuellement au cours du développement de la petite enfance, des incitations ont été lancées à améliorer la coordination, le suivi et l'évaluation intersectoriels

et à offrir un engagement politique et un appui au niveau mondial, national et local en faveur du développement de cette période cruciale de la vie de l'enfant¹⁸.

La [stratégie mondiale des Nations Unies de 2015](#) pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent¹⁹, incite les pays et autres collectivités publiques à porter une attention renouvelée aux activités, aux processus et aux ressources durables visant à soutenir à grande échelle le développement de la petite enfance ainsi que les politiques et pratiques de parentage, les soins de santé étant dans ce contexte identifiés comme un point de départ essentiel^{15,20}. Les leaders et champions promoteurs de la petite enfance en Ontario et à travers le Canada ont préconisé et exploré les possibilités de collaboration entre les différents partenaires de soutien au parentage.

Malgré l'importance reconnue de l'évaluation et de la promotion des comportements parentaux positifs, il n'existe pas d'indicateurs normalisés permettant de bien cerner la nature multidimensionnelle du parentage, les facteurs influençant le développement des jeunes enfants et les moyens empruntés par les bureaux de santé publique de l'Ontario pour impliquer les parents. Il existe peu de cadres de parentage fondés sur des données probantes pour guider les programmes de santé publique destinés aux prestataires de soins, et à ce jour l'Ontario n'en a pour sa part ni élaboré ni identifié un à adopter. Historiquement, les cadres du parentage n'ont jamais tenu compte de l'ensemble des facteurs qui donnent des résultats positifs en matière d'éducation parentale et de développement de la petite enfance, ainsi qu'aux diverses activités de promotion de la santé dans lesquelles s'impliquent les bureaux de santé publique. Des cadres plus récents qui prennent en compte les concepts d'architecture cérébrale précoce, d'interactions réceptives et de stress toxique ne reflètent pas pleinement les données de plus en plus nombreuses qui appuient l'existence d'un lien entre le cerveau et les autres systèmes du corps, ainsi que l'écologie plus globale du développement de l'enfant. Ces cadres n'identifient pas non plus les indicateurs spécifiques aux processus nécessaires à l'extension de la gestion et de la mise en œuvre des programmes intersectoriels de formation des parents et des soignants et d'autres programmes communautaires.

Le cadre des soins attentionnés élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) constitue une feuille de route qui guide l'action de l'ensemble du gouvernement et de la société en matière de soins aux jeunes enfants¹⁵. Ce cadre met l'accent sur le leadership gouvernemental et la coordination des activités en déclarant que les programmes nationaux efficaces nécessitent un engagement politique fort, soutenu par les gouvernements et animé par la détermination à réduire les inégalités, la pauvreté et l'injustice sociale¹⁵. Il préconise cinq actions stratégiques visant à : diriger et investir les ressources adéquates; se concentrer sur les familles et leurs communautés; bonifier les services; vérifier les progrès accomplis; utiliser les données et innover, et proposer des exemples d'indicateurs basés sur la population qui appuient les activités de soins attentionnés.

À la lumière de ces recommandations, Santé publique Ontario (SPO) et la communauté de pratique ontarienne sur le parentage se sont associées pour rédiger un cadre solide et complet d'indicateurs sur l'art d'être parent, qui permet de guider la pratique, la recherche, l'élaboration de politiques et la mise en œuvre de programmes en matière de santé publique à l'échelle provinciale. Notre cadre fournira un langage commun et un ensemble de mesures pour l'évaluation et la surveillance des communautés, l'évaluation des programmes de parentage, le repérage des points forts et de ceux à améliorer ainsi que

l'élaboration d'interventions et de politiques fondées sur des données probantes. L'élaboration d'un cadre d'indicateurs sur le parentage requiert un examen attentif des facteurs culturels, contextuels et démographiques afin d'assurer son applicabilité et son utilité au sein des diverses populations. Pour étayer nos efforts, nous avons procédé à une étude exploratoire de la littérature évaluée par des pairs et de la littérature grise en posant la question de recherche suivante : **Quels sont les concepts et éléments communs aux cadres, méthodes, ressources, outils et politiques universels de santé publique en matière de parentage positif pour les familles ayant des enfants âgés de 0 à 6 ans?** et nous avons cherché à examiner d'autres cadres fondés sur des données probantes afin de guider notre travail.

Méthodes

La communauté de pratique sur le rôle parental de l'Ontario a planifié cette étude exploratoire lors de réunions virtuelles au cours de l'été 2023. Cinq bureaux de santé publique et le spécialiste des sciences appliquées en croissance et développement sains de Santé publique Ontario ont formé un groupe de travail sur les indicateurs de parentage, qui s'est réuni pendant l'automne 2023 et l'hiver 2024 pour réaliser l'étude et la synthèse des données probantes. Cette étude exploratoire est la première phase du développement et de la formulation d'un cadre d'indicateurs fondés sur des données probantes pouvant servir aux bureaux de santé publique de l'Ontario.

Nous avons réalisé cette étude pour répondre à notre question de recherche en suivant le format Population, Concept et Contexte (PCC). La *population* se composait de parents, de prestataires de soins et de familles d'enfants âgés de moins de 18 ans. Les *concepts* comprenaient les 13 termes liés au parentage, énumérés et définis dans le tableau 1, sélectionnés par le groupe de travail sur les indicateurs de parentage. Le contexte était celui de la santé publique dans des collectivités publiques similaires à l'Ontario (pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE] tels que le Canada, les États-Unis, l'Australie, la Nouvelle-Zélande, les pays d'Europe occidentale, etc.)

Treize concepts liés au parentage

1. **L'attachement** est un aspect spécifique et circonscrit de la relation entre un enfant et un prestataire de soins qui procure à l'enfant sécurité et protection. La personne qui s'occupe de l'enfant lui sert de base sûre à partir de laquelle il peut explorer, et représente au besoin un havre de sécurité et une source de réconfort²¹.
2. **Une relation parent-enfant saine** caractérise le lien affectif formé entre le parent et l'enfant selon les critères suivants : connectivité, proximité, attachement et sécurité²². Des relations aimantes, fiables et réceptives apprennent aux enfants à penser, à comprendre, à communiquer, à bien se comporter, à exprimer leurs émotions et à développer des aptitudes sociales²³.
3. **Une santé relationnelle précoce** englobe les liens affectifs entre les enfants et les adultes de confiance qui favorisent la santé et le développement, conduisent à des expériences positives et peuvent atténuer les effets négatifs des événements traumatisants et adverses¹⁴. Les relations devraient être :
 - **Sécurisantes** : La relation est exempte de tout préjudice physique ou psychologique. « *Les enfants croient que les personnes qui s'occupent d'eux les protègent.* »
 - **Stables** : L'adulte est toujours là pour l'enfant. « *Les enfants croient que les personnes qui s'occupent d'eux répondront à leurs besoins.* »
 - **Attentionnées** : Les besoins physiques, émotionnels et de développement de l'enfant sont satisfaits de manière attentive et cohérente. « *Les enfants croient que les personnes qui s'occupent d'eux se montreront chaleureuses et auront des attentes claires permettant d'assurer leur développement*²⁴. »
4. **Les interactions parent-enfant** se caractérisent par la qualité des interactions entre le parent et son enfant, notamment sur le plan de la communication, de l'affection et du soutien social²⁵.
5. **Le développement des compétences parentales** est un terme utilisé pour décrire les résultats applicables à l'expérience parentale, y compris les connaissances et les compétences parentales, les styles de parentage liés aux émotions (par exemple, l'accompagnement émotionnel ou le mépris des émotions)²⁶, l'éducation des enfants et l'absence de cohérence dans l'éducation parentale.
6. **Le lien social** représente la taille et la diversité du réseau social et de ses rôles, ainsi que les rôles que remplissent ces relations, avec leurs qualités positives ou négatives. La connectivité sociale représente la mesure dans laquelle vous avez le nombre, la qualité et la variété de relations que vous souhaitez. C'est le moment où vous vous sentez à votre place et où vous bénéficiez du soutien et des soins dont vous avez besoin²⁷.
7. On définit **la réduction de l'adversité** comme toute mesure de l'adversité, en se fondant en particulier sur les 10 ENE traditionnels, tels que définis par Felitti et coll.¹⁰
8. **Des parents et des dispensateurs de soins réceptifs** : Comprend des conseils préventifs en matière de sécurité, d'éducation et de développement, ainsi que l'établissement d'une relation bienveillante et pleine de compréhension avec l'enfant²⁸.
9. **Parentage** : Interactions, comportements, émotions, connaissances, croyances, attitudes et pratiques liées à la prestation de soins attentionnés²⁸.
10. **Réceptivité** : La capacité du dispensateur de soins à répondre de manière inattendue et appropriée aux signaux de l'enfant²⁸.

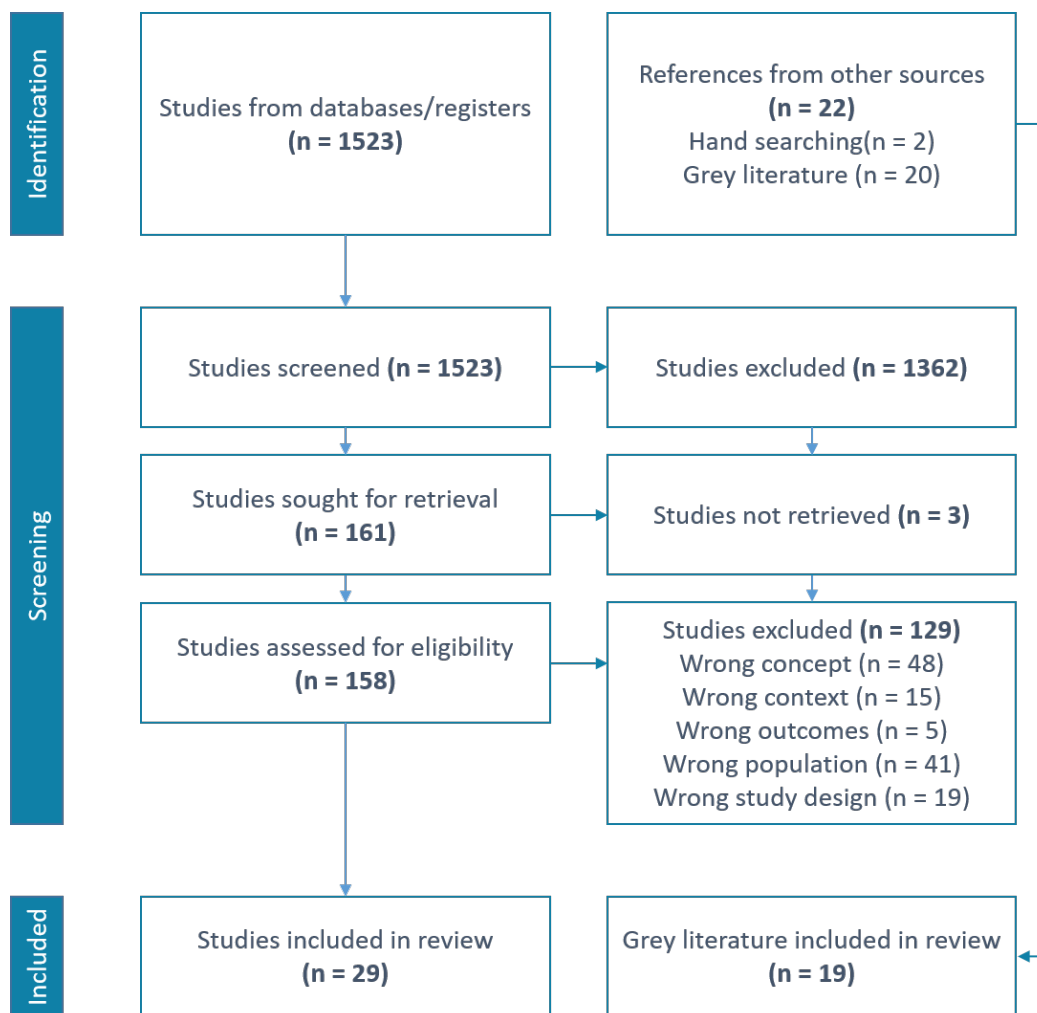
11. **Sensibilité** : conscience des besoins et des émotions d'autrui²⁹.
12. **Élever un enfant** est le processus visant à le soutenir dans son développement physique, affectif, social et intellectuel, de la petite enfance à l'âge adulte³⁰.
13. **Santé mentale du parent** : Symptômes de dépression, d'anxiété, d'inquiétude, de mauvaise qualité de vie perçue, de stress post-traumatique ou autre stress²⁸.

Les services de bibliothèque de SPO ont élaboré et mis en œuvre la stratégie de recherche dans cinq bases de données : MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Web of Science, et SocIndex. Tous les résultats de la recherche ont été téléchargés sur Covidence™, un outil de production d'analyses systématiques en ligne, et les doublons ont été supprimés. Les titres et les résumés ont été analysés par une équipe de cinq membres du personnel des bureaux de santé publique locaux et de l'auteur principal de SPO. Chaque document a été examiné en double à chaque phase du traitement (voir figure 1).

Tous les articles en anglais publiés au cours des dix dernières années ont été pris en considération. Les plans d'étude retenus comprenaient des études primaires et des revues de synthèse, qui décrivaient des cadres, des outils, des politiques, des ressources, des instruments de mesure, ou encore la fiabilité et la validité d'un outil. Les critères d'exclusion étaient les suivants : études dans d'autres langues que l'anglais, études réalisées dans des pays non membres de l'OCDE, études de populations de familles d'adolescents ou d'adultes sans enfants, populations cliniques spécifiques (par exemple, enfants atteints d'autisme ou de fibrose kystique), absence de référence au parentage ou à l'un des concepts mentionnés ci-dessus, et études réalisées dans un établissement de soins de santé aigus ou dans un établissement scolaire. Des informations plus détaillées sur notre stratégie de recherche sont disponibles sur demande.

En raison du grand nombre d'articles recensés lors de cette recherche, le groupe de travail sur les indicateurs de parentage limitait l'âge maximal des enfants à 6 ans lors de la sélection des titres et des résumés, et excluait les études portant sur les adolescents ou celles menées dans un cadre scolaire.

Figure 1 : PRISMA



Principales conclusions

Vingt-neuf (29) études issues de la littérature évaluée par des pairs et 17 documents issus de la littérature grise ont été sélectionnés. Deux autres documents de littérature grise ont été repérés à la suite d'une recherche manuelle. Un résumé des documents inclus se trouve à l'[annexe A](#).

Dans la littérature évaluée par les pairs, 13 études provenaient des États-Unis, cinq d'Europe (Espagne, Italie, Allemagne, Suède), quatre d'Australie, trois du Canada, deux du Royaume-Uni et deux qui incluaient des populations de plusieurs pays. Les plans d'étude comprenaient des analyses systématiques ou narratives et des études qualitatives (n = 6 chacune), des essais contrôlés randomisés (n = 5), des essais non expérimentaux ou quasi expérimentaux (n = 4), des études pilotes ou pré/post intervention (n = 3), et les autres études étaient des études de cohortes ou des études à méthodes mixtes. Une étude a testé la fiabilité et la validité d'un outil de mesure du parentage.

Dans la littérature grise, huit documents provenaient des États-Unis, cinq du Canada, trois avaient été publiés par l'OMS et un provenait de chacun des pays suivants : l'Australie, la Nouvelle-Zélande et

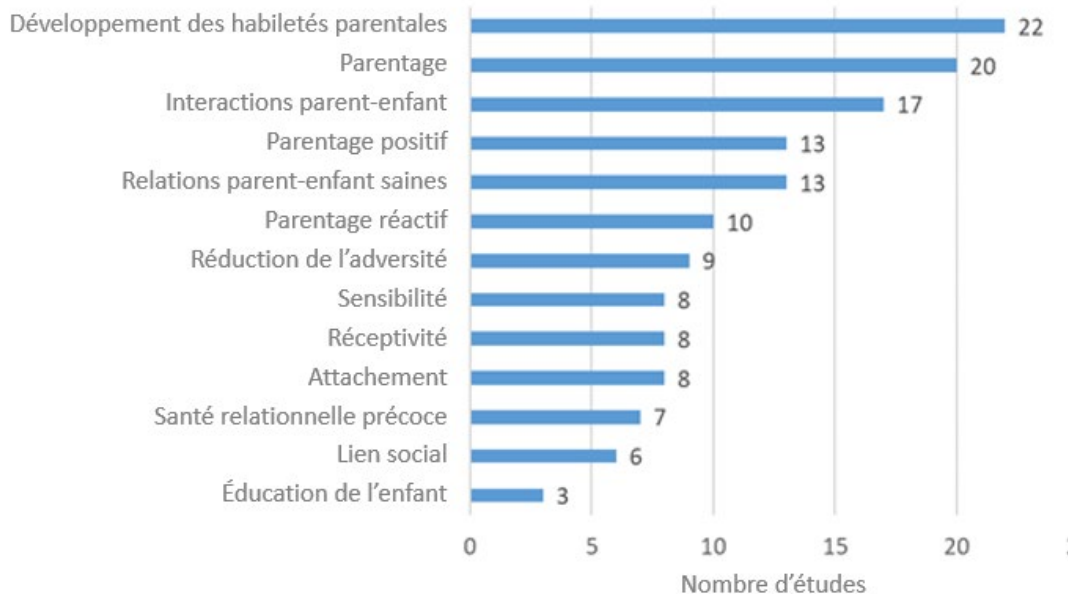
l'Espagne. Ces documents incluaient quatre cadres, trois rapports, deux articles évalués par des pairs, deux chapitres de livres, ainsi qu'une orientation, une note d'information, un guide, un programme, un plan, un plan stratégique, une stratégie et une infographie.

Les concepts, cadres, outils de mesure et indicateurs relatifs au parentage suivants se retrouvaient dans la littérature sélectionnée. Ceux-ci sont présentés dans les sections suivantes.

Concepts de parentage

Chacune des études évaluées par des pairs et la littérature grise utilisées a abordé les 13 concepts parentaux précités. La figure 2 montre le nombre d'études incluant l'un ou l'autre des différents concepts. À noter que certaines études abordaient plusieurs concepts.

Figure 2 : Nombre de publications évaluées par des pairs et de littérature grise traitant d'un concept de parentage *a priori*



Hormis les 13 concepts *a priori* qui ont été examinés dans cette étude exploratoire, 57 concepts supplémentaires ont été repérés. Ces concepts ont été regroupés en sept domaines et 30 sous-domaines, comme montré dans le tableau 2.

Cadres

Neuf cadres ont été repérés dans la littérature évaluée par les pairs : Parental Acceptance-Rejection Theory (PART)³¹, Raising an Emotionally Intelligent Child framework³², Transition to maternal role framework, "Positive Deviance" Approach³³, The Empower Action Model³⁴, An integrated child maltreatment prevention system³⁵, Integrated Conceptual Framework (Early Relational Health and Child Development)³⁶, Model of Family-Based Resilience³⁷, et Strengthening Families Framework³⁸.

Outils de mesure

Au total, 88 outils de mesure du parentage ont été relevés dans la littérature évaluée par les pairs et la littérature grise. Le tableau 2 présente les outils de mesure classés par domaine/sous-domaine. Des listes complètes d'outils par domaine sont disponibles à l'[annexe B](#) et à l'[annexe C](#).

Les outils de mesure et les indicateurs sont présentés par domaine et sous-domaine dans le tableau 2.

Indicateurs

Les indicateurs repérés ont été classés par domaine et sous-domaine. Chaque domaine est détaillé dans les sections suivantes.

Tableau 2 : Outils de mesure et indicateurs repérés dans l'étude exploratoire, par domaine et sous-domaine

Domaine	Sous-domaine	Outils de mesure et indicateurs
Santé mentale du parent	Santé mentale générale	Santé mentale autoévaluée
		Échelle de dépression, d'anxiété et de stress (ÉDAS) ³⁹
	Santé mentale périnatale (SMP)	Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (ÉDPE) ⁴⁰ Historique de SMP
	Stress parental (réduction des sources de stress)	Indice de stress parental ⁴¹

Domaine	Sous-domaine	Outils de mesure et indicateurs
Évolution de l'enfant	Santé et développement de l'enfant	Questionnaire KIDSCREEN sur la santé et le développement de l'enfant ⁴²
Évolution de l'enfant	Santé mentale de l'enfant	État de santé mentale perçu par les parents
Évolution de l'enfant	Santé mentale de l'enfant	TSA, TDAH, anxiété ou troubles de l'humeur diagnostiqués par un professionnel de la santé, selon un parent
Évolution de l'enfant	Comportement de l'enfant (intérieurisation et extériorisation, social/émotionnel)	Questionnaire sur les points forts et les points faibles (SDQ) ⁴³
Évolution de l'enfant	Comportement de l'enfant (intérieurisation et extériorisation, social/émotionnel)	Liste de comportements pour les enfants (CBCL) ⁴⁴
Évolution de l'enfant	Comportement de l'enfant (intérieurisation et extériorisation, social/émotionnel)	Brief Infant Toddler Social Emotional Assessment (BITSEA) ⁴⁵
Évolution de l'enfant	Comportement de l'enfant (intérieurisation et extériorisation, social/émotionnel)	Échelle Coping with Toddlers Negative Emotions Scale (CTNES) ⁴⁶
Évolution de l'enfant	Tempérament	Échelle Toddler Temperament Scale (TTS) ⁴⁷
Évolution de l'enfant	Tempérament	Devereux Early Childhood Assessment (DECA) ⁴⁸
Évolution de l'enfant	Tempérament	ECBI ⁴⁹

Domaine	Sous-domaine	Outils de mesure et indicateurs
Relations interpersonnelles saines	Conflit avec un parent	Échelle d'ajustement dyadique abrégée (ADAS) ⁵⁰ Parent Problem Checklist (PPC) ⁵¹ Communication Patterns Questionnaire ⁵²
	Relations de soutien	Soutien social perçu
	Relations néfastes ou violentes	Disputes familiales déclarées par la police Violences entre partenaires intimes rapportées par la police
Interactions parent-enfant	Interactions parent-enfant	Score cumulatif de l'interaction parent-enfant ⁵³ 5 indicateurs individuels (NLSCY) ⁵³ Parent Child Interaction Scale ⁵⁴
	Attachement	Parent Bonding Questionnaire Maternal postnatal attachment scale (MPAS) ⁵⁵ avec comme sous-échelles : qualité de l'attachement, plaisir dans l'interaction et absence d'hostilité.
	Santé relationnelle en bas âge	Early Relational Health Screen (ERHS) ⁵⁶
	Réceptivité	Parental Responsiveness Rating Scale (PaRRiS) ⁵⁷

Domaine	Sous-domaine	Outils de mesure et indicateurs
		Nijmegen Parenting Questionnaire ⁵⁸
Parentage (parentage positif)	Auto-efficacité parentale	Parent Efficacy Scale ⁵⁹
		Tool to measure parenting self-efficacy (TOPSE) ⁶⁰
	Sentiment de compétence	Parenting Sense of Competence Scale (PSOC) ⁶¹
	Satisfaction	Life Satisfaction Scale (LSS) ⁶²
	Parentage positif	Positive Parenting Questionnaire (PPQ) ⁶³
	Parentage	Parenting Scale ⁶³
	Autorégulation parentale	Me as a Parent Scale ⁶⁴
	Résilience parentale	
Développement des compétences parentales/compétences de base	Incohérence	Parenting Dimensions Inventory ⁶⁵
	Socialisation émotionnelle du parent	Parent Emotional Style Questionnaire (PESQ) ⁶⁶ Emotion-Related Parenting Styles Self-Test (ERPS-ST) ⁶⁷
	Connaissances, attitudes et croyances en parentage	Upstart Parent Survey ⁶⁸
	Éducation des enfants	How I Deal with Problems Regarding Care of My Baby (PPS) scale ⁶⁹
	Réduction de l'adversité	Questionnaire sur les ENE

Domaine	Sous-domaine	Outils de mesure et indicateurs
		Personnes qui appellent le service d'assistance téléphonique pour des consultations sur les abus sexuels commis sur des enfants ⁷⁰
Environnement/Communauté	Environnement familial	Home Situation Questionnaire (HSQ) ⁷¹
		Family Adversity Index ⁷²
	Communauté/voisinage	Recevoir l'aide des voisins ⁷⁰ Engagement plus marqué dans les activités locales ⁷⁰ Perceptions de sécurité des enfants à la maison ⁷⁰
	Sentiment d'appartenance à la communauté	Pourcentage de la population ayant déclaré avoir un sentiment d'appartenance à la communauté « très fort » ou « assez fort » ²⁷
	Lien social/soutien	Mesure de soutien social ⁷³
		Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire ⁷⁴
		MOS Social Support Survey ⁷⁵

Santé mentale des parents

La santé mentale des parents comprend trois sous-domaines : la santé mentale générale des parents (y compris l'autorégulation parentale et la régulation des émotions parentales), la santé mentale périnatale et le stress parental. Ce thème a été abordé dans 12 études.

Sept études^{33,63,76-80} ont abordé la question de la santé mentale générale des parents. Un cadre était lié à ce domaine :

L'approche de la déviance positive³³ est un cadre qui « vise la collaboration avec les communautés susceptibles d'adopter des comportements à haut risque, afin de bien cerner les normes communautaires relatives à un résultat spécifique en matière de santé et de repérer les quelques individus qui, en dépit de leur histoire et de leurs échecs, pratiquent des stratégies favorables à leur propre bien-être⁸¹. » [Traduction libre] L'une des principales composantes de ce cadre est l'autogestion de la santé et la prise en compte des besoins en matière de santé mentale³³.

Le sous-domaine de la santé mentale générale des parents faisait également l'objet de deux documents de la littérature grise. Crandal et coll. présente un cadre conceptuel touchant à l'intersection de l'émotion maternelle et des capacités de contrôle cognitif et de l'éducation des enfants, basé sur une revue de la littérature⁸². Le cadre est intitulé *Conceptual model of the multigenerational impact of maternal emotion and cognitive control capacity and parenting* (Modèle conceptuel de l'impact multigénérationnel de l'émotion maternelle et des capacités de contrôle cognitif et de l'éducation des enfants). Crandal et coll. se réfère également à trois outils de mesure pour évaluer la régulation des émotions parentales : Emotion Regulation Questionnaire, Parental Emotion Regulation Inventory, et Difficulties in Emotion Regulation Scale. Le second document, Parenting Under Pressure⁸³, se penche sur les besoins parentaux des familles à haut risque (c.-à-d. celles qui ont recours aux services de protection de l'enfance). Ce programme a identifié la santé mentale des parents comme un concept clé, sans toutefois fournir d'outil de mesure spécifique.

Quatre études^{19,77,78,80} ont examiné le stress parental en citant trois outils de mesure : Perceived Stress Scale⁸⁴, UpStart Parent Survey⁶⁸, et deux études ont utilisé l'Indice de stress parental⁸⁵. Une étude⁷⁸ qui a mesuré la santé mentale périnatale citait l'Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS)⁴⁰.

Évolution de l'enfant

Sept études^{24,26,29,63,76,77,86} ont abordé les résultats en termes d'évolution de l'enfant, en particulier la santé et le bien-être de l'enfant, la santé mentale, les comportements (incluant les comportements intériorisés et extériorisés ainsi que les comportements sociaux/émotionnels) et le tempérament. Les outils Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment⁴⁵, Problem Checklist Subscales⁸⁷, et Eyberg Child Behaviour Inventory⁴⁹, ont chacun été signalés dans deux études.

Relations interpersonnelles saines

Le domaine des relations saines, mentionné dans cinq des études retenues^{19,23,24,32,63}, comprend trois sous-domaines : les conflits parentaux, les relations de soutien et les relations néfastes ou violentes.

Les conflits parentaux ont été mentionnés dans quatre études^{19,24,63,131}, et trois indicateurs y sont considérés : la satisfaction et le conflit au sein du couple, l'entente conjugale et la coparentalité. Les conflits parentaux ont été spécifiquement abordés dans une analyse systématique²⁴. La satisfaction et les conflits au sein du couple ont été mesurés dans une étude randomisée et contrôlée à l'aide de l'Abbreviated Dyadic Adjustment Scale (ADAS), la Parent Problem Checklist (PPC), et le Communication Patterns Questionnaire⁶³. L'accord matrimonial a été cité dans une revue systématique¹⁹. La coparentalité a été abordée dans une étude qualitative²³.

Le sous-domaine des relations de soutien a été repéré dans deux études^{19,32}. Dans une analyse systématique, le soutien social perçu a été mesuré à l'aide du Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire¹⁹. Le Transition to Maternal Role Framework, ainsi que la mesure du soutien social, ont été cités dans une étude pilote³². Ce sous-domaine présente un recoupement avec les concepts de lien social et d'environnement/communauté.

Quatre dossiers de littérature grise portaient sur le domaine des relations saines^{15,25,27,28}. Les publications de l'OMS²⁸ et le Nurturing Care Framework¹⁵ de l'OMS abordaient le concept général des relations saines. Deux dossiers portaient spécifiquement sur le sous-domaine des relations néfastes ou violentes : le Maryland Governor's Family Violence Council Strategic Plan²⁵, et le Peel's Community Safety and Wellbeing Plan²⁷.

Interactions parent-enfant

C'est le domaine le plus fréquemment mentionné dans les études incluses dans cette étude exploratoire (n=19)^{19,29-31,33,36-38,58,63,65,76,77,79,80,88-91}. Ce domaine comprend quatre sous-domaines : les interactions parent-enfant, l'attachement, la santé relationnelle précoce et la réceptivité. Ce domaine est étroitement lié à d'autres domaines du parentage, notamment l'éducation parentale et la santé mentale des parents.

La plupart des études incluses ont évalué des stratégies de santé publique, telles que des programmes et des interventions parentales. Cinq cadres^{31,33,36-38} et six outils de mesure ont été cités : des questions du Parent Child Interaction module of the Canadian Health Survey on Children and Youth (PCI-CHSCY)^{cité dans 53} de même que les Parent Child Interaction Scale⁵⁴, Maternal Postnatal Attachment Scale⁵⁵, Early Relational Health Screen⁵⁶ et Parental Responsiveness Rating Scale (PaRRIS)⁵⁷.

Les cadres cités dans la littérature analysée incluent :

- Théorie de l'acceptation et du rejet parental : cadre pour élever un enfant émotionnellement intelligent³¹.
- Approche de la déviance positive³³. Ce cadre applique une approche de changement social et comportemental qui met en lumière les caractéristiques et les comportements des individus issus de communautés pauvres en ressources qui, comparées à leurs pairs, réagissent de manière positive, résiliente et sociale désirable aux situations stressantes de la vie⁸¹.
- Integrated Conceptual Framework³⁶. Ce cadre transactionnel/écologique de systèmes de développement conceptualise la santé relationnelle précoce, le développement de l'enfant et la santé.

- Le cadre 3S Model of Family-Based Resilience³⁷ illustre comment les aspects de la résilience que sont la sensibilité, la stimulation et la stabilité atténuent l'association entre le risque psychosocial général et l'exposition à l'adversité en début de vie (ELA) et l'évolution du développement.
- Strengthening Families Framework³⁸. Ce cadre prend en compte les déterminants sociaux de la santé en reliant les familles à des mesures concrètes de soutien dans le cadre d'une approche de prévention primaire de protection de l'enfance.

Les interactions parent-enfant, la santé relationnelle précoce et les relations réceptives sont mentionnées dans de nombreuses références citées dans la littérature grise, à titre de concepts relevant du domaine du parentage.

Le sous-domaine des interactions parent-enfant a été mentionné dans 13 études^{19,26,33,63,76,79,30,36,38,58,77,88,89} dans lesquelles deux outils de mesure ont été cités : L'échelle Parent-Child Interaction Scale (PCIS)¹⁹, et 5 questions sur les interactions parent-enfant (PCI_Q005, PCDI_Q010, PCI_Q015, PCI_Q020, PCI_Q025) tirées du Canadian Health Survey on Children and Youth^{cité dans 53}. Les études comprenaient une analyse systématique, quatre essais contrôlés randomisés (ECR), deux pseudo/quasi ECR, deux méthodes mixtes, deux méthodes qualitatives, un test et une opinion, ainsi qu'une étude pilote avec une mesure avant/après la mise en œuvre.

Trois études faisaient référence au sous-domaine de l'attachement^{65,77,80}. Un outil de mesure a été cité : le Maternal Postnatal Attachment Scale (MPAS), avec comme sous-échelles la qualité de l'attachement, le plaisir dans l'interaction et l'absence d'hostilité⁵⁵. Les plans d'étude comprenaient un essai contrôlé randomisé (ECR), une étude de cohorte et une étude sur l'exactitude des tests diagnostiques.

Tout comme le sous-domaine de l'attachement, le sous-domaine de la santé relationnelle précoce (en bas âge) a également été mentionné dans trois études^{38,65,77}. Le Early Relational Health Screen (ERHS) est un indicateur qui mesure spécifiquement ce domaine⁶⁵. Les études comprenaient un ECR, une étude de cohorte et une étude qualitative. Le sous-domaine de la réceptivité, mentionné dans 12 études^{29-31,36,37,63,65,77,79,80,91,92}, peut être mesuré à l'aide de l'échelle Parental Responsiveness Rating Scale (PaRRIS)⁵⁸.

Parentage positif

Le domaine du parentage est un concept vaste et abondamment discuté dans la littérature. De façon générale, le terme « parentage » décrit tous les types de comportements et de points de vue parentaux. Dans cette étude exploratoire, le concept global de parentage a été trouvé dans 16 études évaluées par des pairs^{24,26,29,32-36,59,63,66,76,78,86,89,90}.

Seules trois études ont fait mention d'un outil de mesure spécifique à ce vaste domaine^{63,70,77}. L'échelle Parenting Scale (PS)⁹⁵ porte sur les formes dysfonctionnelles du parentage. L'ajout de trois études concernant les sous-domaines du parentage positif que sont l'auto-efficacité parentale, le sentiment de compétence parentale et la satisfaction parentale, portent à 19 le nombre d'articles évalués par des pairs inclus dans la présente étude^{19,24,26,29,31-36,59,63,66,76,78,86,89-90}.

La majorité des études ont examiné l'impact des interventions parentales au niveau communautaire, quelques-unes proposant des discussions sur les stratégies, les modèles ou les cadres visant à encourager le développement d'approches systémiques pour soutenir les parents et/ou les jeunes enfants.

Le domaine du parentage a également été mentionné dans sept documents de la littérature grise^{2,27,28,82,86,95,96}. Les cadres et modèles de l'OMS, des bureaux de santé publique de l'Ontario, des universités (Harvard et Western Ontario) et des organismes internationaux offrent des informations générales et des recommandations pour soutenir l'élaboration ou l'amélioration des politiques, des programmes, du financement et de la recherche actuels, afin d'améliorer les résultats en matière de santé infantile des collectivités. Un chapitre de livre et un article révisé par des pairs (trouvés lors d'une recherche manuelle) proposaient quant à eux des informations et des conseils pour les interventions parentales similaires à ceux trouvés lors de la recherche documentaire révisée par des pairs.

Les cadres mentionnés comprennent :

- Le cadre des soins attentionnés de l'OMS, qui est internationalement reconnu, propose des indicateurs spécifiques aux parents¹⁵.
- Le cadre de parentage positif Wellington-Dufferin-Guelph Public Health⁹⁵. Ce cadre est conçu pour amarrer les programmes de parentage aux prises de décision concernant les ressources.
- Le plan de la Santé publique de la région de Peel, Peel's Community Safety and Well-being Plan (2020-2024)²⁷. Ce plan constitue un guide élargi de collaboration intersectorielle pour une communauté plus sûre, plus inclusive et mieux connectée.

Un guide de bonnes pratiques a été repéré, soit le Guide des bonnes pratiques pour un parentage positif par le gouvernement espagnol, qui comprend un protocole destiné à aider les praticiens travaillant avec les familles à évaluer leurs compétences professionnelles, leurs connaissances et l'application du cadre provincial de parentage⁸⁶.

Le sous-domaine du parentage positif a été repéré dans 11 études^{19,24,29,31,33,36,59,63,76,88,89}, l'une d'entre elles utilisant le Positive Parenting Questionnaire (PPQ)⁶³. Les études comprenaient deux ECR, deux ECR pseudo- ou quasi aléatoires, une analyse systématique, deux études expérimentales et deux articles de recherche qualitative. La plupart de ces études ont évalué l'efficacité et/ou les répercussions des interventions parentales préventives au niveau communautaire, telles que Triple P⁹⁷, Centering Parenting⁹⁸, Legacy for Children⁹⁹, et Sit Down and Play¹⁰⁰ sur la capacité à adopter des comportements parentaux positifs. Ces interventions de parentage positif se recoupent fortement avec d'autres sous-domaines du domaine du parentage et avec d'autres domaines repérés dans cette étude exploratoire, tels que les domaines des relations saines et des interactions parent-enfant. Le domaine du parentage positif a également été repéré dans deux documents de la littérature grise, l'un publié par un bureau de santé publique de l'Ontario⁹⁵, et l'autre par le gouvernement espagnol⁸⁶.

Neuf études incluaient le sous-domaine de l'auto-efficacité parentale ou la croyance d'un parent en sa propre capacité à s'engager avec succès dans des pratiques parentales^{19,24,29,63,76,78,88,89}. Les études liées à ce sous-domaine ont identifié les mesures suivantes largement reconnues : Tool to measure Parenting

Self-Efficacy (TOPSE)⁶⁰, Self Efficacy for Parenting Task Index¹⁰¹, et l'échelle Satisfaction subscale of the Maternal postnatal attachment scale (MPAS)¹⁰². Une étude suédoise a développé 9 sous-échelles adaptées de TOPSE pour créer une Parental Self-Efficacy Scale (PSE) en langue suédoise¹⁰³. Une étude allemande a adapté des questionnaires relatifs à l'auto-efficacité, notamment l'échelle Parenting Sense of Competence Scale et le Self-Efficacy for Parenting Task Index pour pouvoir développer un outil en allemand, l'échelle Self Efficacy Scale (SEFS)⁶³. L'auto-efficacité parentale n'a pas été identifiée comme un thème dans les documents de littérature grise recueillis.

Le sous-domaine du sentiment de compétence parentale a été repéré dans quatre études^{32,63,66,76}. Une étude faisait référence à la Problem Setting and Behaviour Checklist (PSBC), une autre à la How I Deal with Problems Regarding Care of My Baby Scale (PPS)⁶⁹, et enfin, les quatre études faisaient référence à la Parenting Sense of Competence Scale (PSOC)¹⁰⁴. Le sentiment de compétence parentale n'a pas été identifié comme un thème dans les documents de littérature grise collectés.

Le sous-domaine de la satisfaction parentale a été repéré dans cinq études^{19,24,32,63,88}. Trois études faisaient référence à des outils de mesure uniques, soit les échelles Life Satisfaction Scale (LSS)⁶³, Maternal Postnatal Attachment Scale's (MPAS) (Satisfaction Subscale)¹⁰², et l'échelle What Being the Parent of a Baby is Like-Revised (WPBL-R)¹⁰⁵. La satisfaction parentale n'a pas été identifiée comme un thème dans les documents de littérature grise inclus.

Développement des compétences parentales

Il s'agit du domaine le plus souvent repéré dans la revue, avec 19 études portant sur les résultats du développement des compétences parentales^{19,23,24,26,29,32,33,36,38,59,63,70,78,79,88-91,93}, ce qui est probablement dû au fait que ce concept permet de décrire un certain nombre de sous-domaines qui ont été étudiés séparément et plus en détail dans cette étude exploratoire. Par exemple, l'enquête Upstart Parent Survey était l'outil standardisé utilisé pour mesurer les résultats liés à l'expérience parentale, incluant les connaissances et les compétences parentales, la compétence parentale, la santé émotionnelle, le stress parental et les systèmes de soutien formels/informels⁷⁸. Les autres mesures qu'englobait exclusivement ce concept étaient liées aux styles de parentage relatif aux émotions (par exemple, le coaching émotionnel ou le dédain émotionnel)²⁶, ainsi qu'à l'éducation des enfants et à un indicateur d'incohérence. Aucun document de la littérature se référant aux styles parentaux (tels que l'autoritarisme, l'autorité, la permissivité et le manque d'implication) n'a été repéré dans le cadre de cette étude.

Cinq études ont abordé la réduction de l'adversité, un sous-domaine spécifique aux expériences négatives ou à la maltraitance vécues pendant l'enfance de l'enfant ou celle du parent. Cinq études font référence à ce concept, ce qui signifie que les auteurs décrivent explicitement la réduction des ENE comme un résultat^{34,35,66,80,86}. Quatre études ont été menées aux États-Unis^{34,66,80,86}, et une a été menée dans plusieurs pays dont l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis³⁵. Malvaso et coll. ont proposé un cadre intégré avec des domaines d'indicateurs qui pourraient être envisagés pour une approche systémique de la maltraitance des enfants axée sur la prévention³⁵.

Environnement et communauté

Douze (12) études ont repéré des concepts et des outils de mesure portant sur des aspects du parentage considérés comme environnementaux ou communautaires. Quatre études^{32,38,78,86} incluaient le concept de soutien et de connectivité sociale. Le soutien social peut être défini comme « la réception effective de ressources et d'aide de la part de membres d'un réseau social plus large »³², mais peut également inclure le soutien émotionnel d'un partenaire attentionné ou les informations susceptibles d'aider le parent à faire face aux problèmes qui se présentent. Cette étude a permis de repérer deux rapports d'utilisation des outils de mesure, parmi lesquels le Social Support Measure³² et le Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire¹⁹ MOS Social Support Survey^{75,78}. Le cadre qui prend en compte ce concept est le Strengthening Families Framework³⁸.

Une seule étude a fait état de trois indicateurs de programmes concernant les services communautaires et de santé publique visant à assurer la prévention de la maltraitance des enfants⁸⁶, qui comprenaient le nombre d'ateliers éducatifs proposés, le nombre de personnes formées dans le cadre d'un programme de prévention de la maltraitance des enfants, et le nombre de participants à un plan de formation des formateurs. Cette étude s'est également penchée sur l'identification des principales composantes des interventions communautaires qui contribuaient à réduire le taux de maltraitance chez les enfants, notamment 1) la participation des membres de la communauté, 2) les partenariats avec les institutions communautaires, 3) la collaboration pluridisciplinaire et 4) la réceptivité aux besoins des communautés.

Discussion

Cette étude exploratoire a permis de recenser 88 outils de mesure et neuf cadres repérés dans 29 études évaluées par des pairs et 19 documents de la littérature grise. Ceux-ci ont été classés en cinq catégories : santé mentale des parents, évolution de l'enfant, relations saines, interactions parent-enfant et environnement. Ces domaines ont ensuite été stratifiés en 30 sous-domaines qui ont permis le classement des différents outils et cadres de mesure.

La terminologie utilisée pour décrire des concepts similaires variait, et des changements de terminologie ont été observés dans les études et les dossiers publiés plus récemment. De nombreuses études ont utilisé plusieurs outils pour mesurer les pratiques parentales dans plusieurs domaines. Cet examen n'a pas permis de repérer un grand nombre d'indicateurs de programmes que les bureaux de santé publique de l'Ontario pourraient utiliser pour mesurer les résultats intermédiaires des activités de santé publique visant à soutenir les pratiques parentales optimales dans les communautés locales.

Cette revue visait toutefois à relever les indicateurs, les outils de mesure et les cadres de travail relatifs au parentage à trois niveaux de la pratique de la santé publique : 1) l'évaluation et la surveillance de la population, 2) les indicateurs de programmes et 3) l'évaluation des programmes ou des interventions en matière de parentage. Notre recherche dans la littérature évaluée par les pairs nous a principalement permis de trouver des outils de mesure du parentage applicables à l'évaluation des programmes de parentage à l'aide d'ECR ou d'études quasi expérimentales. La littérature grise a pour sa part fourni quelques autres mesures d'évaluation et de surveillance de la population, par exemple « les interactions parent-enfant » et « le sentiment d'appartenance à la communauté ». Ces indicateurs ont été rapportés dans des documents publiés par certains bureaux de santé publique locaux de l'Ontario. Une seule étude évaluée par des pairs faisait état d'indicateurs efficaces de l'intervention communautaire visant à prévenir la maltraitance des enfants.

Le parentage est un sujet aux multiples facettes qui englobe plusieurs éléments, tels que le bien-être des parents, la satisfaction de la relation avec le partenaire, l'adaptation et le soutien social. Afin de s'assurer de l'exhaustivité des éventuels cadres d'indicateurs de santé publique, cette étude s'est concentrée sur des cadres évalués par des pairs et de la littérature grise, ainsi que sur des outils de mesure qui incluraient un grand nombre de ces résultats en matière de parentage. L'équipe chargée de la présente revue a donc utilisé une question de recherche générale qui se limitait à préciser la population, les concepts et le contexte. Un des défis de cette approche est le chevauchement et la variabilité de la terminologie des concepts liés au parentage. Par exemple, une analyse systématique relevait un concept de soutien parental mesuré à l'aide de l'inventaire Parenting Dimension Inventory, alors que dans l'étude proprement dite, les auteurs utilisaient un indicateur spécifique de l'incohérence parentale¹⁰⁶, en posant aux parents des questions telles que « Je menace de punir uniquement lorsque je suis sûr de pouvoir exécuter la punition », évaluées sur une échelle de 6 points. Dans cette revue, les études plus anciennes ne semblaient par ailleurs pas utiliser les termes de santé relationnelle précoce dans le cadre du concept des interactions parent-enfant.

Conséquences pour la pratique

Cette étude offre un premier portrait des outils et mesures disponibles pour aider les organisations à surveiller et à collecter des données sur le parentage au sein de leur communauté. Toutefois, les indicateurs pertinents spécifiques à l'évaluation et à la surveillance de la santé publique étaient peu nombreux. Il s'agit là d'une lacune importante pour l'application à la santé publique. Les données relatives à la population des communautés sont essentielles pour orienter les programmes et les politiques visant à répondre aux besoins de la communauté. Le parentage et la santé relationnelle précoce sont des éléments essentiels à une croissance et un développement optimaux. Il est à ce titre primordial que la santé publique dispose de méthodes qui lui permettent de mesurer ces concepts au sein des communautés locales. Lors de la prochaine phase de ce travail, il conviendra de développer un consensus d'experts sur les indicateurs de programme pertinents auprès des praticiens de la santé publique, ainsi que de hiérarchiser les sous-domaines, les indicateurs et les outils identifiés dans le cadre de la présente revue.

Points forts

Cinq bureaux de santé publique membres de la communauté de pratique en matière de parentage de SPO ont participé à l'examen de cette étude exploratoire. Cela garantissait que l'étude répondrait aux besoins des bureaux de santé publique travaillant dans le domaine de la santé de la petite enfance. Deux évaluateurs indépendants ont été en mesure d'examiner 100 % des titres et des résumés initiaux ainsi que les textes complets. Toutes les discordances ont été discutées avec l'équipe du projet afin de parvenir à un accord. Il s'agit là d'un examen approfondi de la littérature évaluée par les pairs et de la littérature grise qui se concentre sur les indicateurs et/ou les outils pour trois objectifs différents : les indicateurs au niveau de la population, les indicateurs de programmes et l'évaluation des programmes de parentage.

Limitations

Cette étude et les études individuelles qui y ont été incluses présentent plusieurs limitations. Tout d'abord, l'accent mis sur la population générale peut avoir entraîné l'exclusion de populations spécifiques. Il existe des différences culturelles dans les normes parentales et l'impact de ces différences sur les indicateurs et les outils d'évaluation n'a pas été analysé dans le cadre de cette étude. Bien que plusieurs des études incluses aient fait participer des populations diverses à leurs programmes d'éducation parentale, l'adéquation culturelle du programme ou des indicateurs n'a pas été examinée. Il s'agit là d'un domaine à approfondir pour prendre en compte les différences culturelles en matière de parentage, d'indicateurs et d'outils de mesure culturellement adaptés. Les études ont également été exclues dans le cas où les enfants étaient diagnostiqués avec des troubles neurologiques, comportementaux et/ou physiques. Tous les outils de mesure des résultats en matière de parentage présentés dans cette étude reposent sur des mesures d'auto-évaluation. Plusieurs études ont souligné qu'il s'agissait là d'une limitation, étant donné que les résultats sont plus solides lorsque les méthodes d'auto-évaluation et d'observation peuvent être combinées pour la généralisation des compétences parentales et afin de réduire les sources de biais. Toutefois, comme l'objectif premier de cette étude

était de déterminer quelles mesures et quels indicateurs pouvaient être utilisés pour évaluer le parentage positif au niveau d'une population, les méthodes autodéclarées apparaissaient comme les plus appropriées. De nombreux domaines et concepts parentaux relevés dans cette étude n'étaient pas clairement définis dans la littérature ou utilisaient une terminologie variable s'appliquant à des concepts similaires. Cela représentait un défi pour la synthèse de cette étude et l'association des indicateurs appropriés avec les concepts correspondants. Enfin, les études incluses se limitaient à la langue anglaise et aux études réalisées au cours des dix dernières années.

Parmi les autres limitations des documents inclus dans cette étude exploratoire, on peut mentionner la taille très réduite des échantillons, le fait que la plupart des études examinaient les résultats de l'évaluation des programmes, qu'il y avait très peu d'indicateurs liés aux services/activités de santé publique, que les mesures étaient pour la plupart simplement autoévaluées par les parents, et qu'aucune des études incluses ne faisait état d'indicateurs représentatifs d'une population. Enfin, aucun cadre n'a été trouvé dans les études évaluées par des pairs qui s'aligne sur les besoins de la pratique de la santé publique en matière de parentage.

Conclusion

Cette étude exploratoire a permis de repérer neuf cadres et 88 outils de mesure couvrant de nombreux concepts liés au parentage, incluant la santé mentale des parents, les effets sur l'enfant, les relations saines, les interactions parent-enfant, le parentage positif, le développement des compétences parentales, ainsi que l'environnement et la communauté. Aucun cadre unique ne permettait d'appréhender l'ampleur et la portée des pratiques de santé publique en matière de parentage et de développement sain de l'enfant, et très peu d'indicateurs de programmes de santé publique ont été repérés. Cette étude exploratoire fournit une base solide de concepts clés et d'options d'outils de mesure qui aideront à orienter les prochaines étapes de l'élaboration d'un cadre global de mesure du parentage pour guider les bureaux locaux de santé publique de l'Ontario. Les travaux futurs devront établir un ordre de priorité entre les sous-domaines et les indicateurs les plus pertinents, les plus faciles à collecter et les plus susceptibles d'être mis en œuvre dans le domaine de la santé publique.

Références

1. Irwin, L. G., S. Arjumand, C. Hertzman. *Early childhood development: a powerful equalizer: final report* [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2007 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69729/a91213.pdf>
2. Université Harvard, Center on the Developing Child. *The foundations of lifelong health are built in early childhood* [Internet]. Cambridge, MA: Université Harvard; 2010 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : <https://harvardcenter.wpenginpowered.com/wp-content/uploads/2010/05/Foundations-of-Lifelong-Health.pdf>
3. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Lignes directrices concernant la croissance et le développement sains, 2018 [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018 [cité le 11 déc. 2024]. Disponible à : <https://files.ontario.ca/moh-guidelines-healthy-growth-development-fr-2018.pdf>
4. Conseil de l'Europe. *Council of Europe recommendation Rec(2006)19 on policy to support positive parenting* [Internet]. Londres : Réseau international des droits de l'enfant; 2007 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : <https://archive.crin.org/en/library/legal-database/council-europe-recommendation-rec200619-policy-support-positive-parenting.html>
5. Odgers, C. L., A. Caspi, M. A. Russell, R. J. Sampson, L. Arseneault, T. E. Moffitt. « Supportive parenting mediates neighborhood socioeconomic disparities in children's antisocial behavior from ages 5 to 12 », *Dev Psychopathol.* 2012;24(3):705-21. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/S0954579412000326>
6. Moffitt, T. E., L. Arseneault, D. Belsky, N. Dickson, R. J. Hancox, H. Harrington, et coll. « A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety », *Proc Nat Acad Sci U S A.* 2011;108(7):2693-8. Disponible à : <https://doi.org/10.1073/pnas.1010076108>
7. Khazan, O. « How supportive parenting protects the brain », Atlantic [Internet], 26 juin 2014 [cité le 8 nov. 2024]; *Health.* Disponible à : <https://www.theatlantic.com/health/archive/2014/06/how-supportive-parenting-protects-the-brain/373496/>
8. National Scientific Council on the Developing Child. *Connecting the brain to the rest of the body: early childhood development and lifelong health are deeply intertwined: working paper no. 15* [Internet]. Cambridge, MA: Université Harvard; 2020 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : https://harvardcenter.wpenginpowered.com/wp-content/uploads/2020/06/wp15_health_FINALv2.pdf
9. Clinton, J., A. Kays-Burden, C. Carter, K. Bhasin, J. Cairney, N. Carrey, et coll. *Supporting Ontario's youngest minds: investing in the mental health of children under 6* [Internet]. Ottawa, ON: Ontario Centre d'excellence en santé mentale des enfants et des ados; 2014 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible

à :

<https://imhpromotion.ca/resources/Documents/Resource%20Library/Supporting%20Ontario's%20Youngest%20Minds/Supporting%20Ontario's%20Youngest%20Minds.pdf>

10. Felitti, V. J., R. F. Anda, D. Nordenberg, D. F. Williamson, A. M. Spitz, V. Edwards, et coll. « Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study », *Am J Prev Med.* 1998;14(4):245-58. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
11. Hughes, K., M. A. Bellis, K. A. Hardcastle, D. Sethi, A. Butchart, C. Mikton, et coll. « The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis », *Lancet Public Health.* 2017;2(8):e356-e66. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
12. Britto, P. R., S. J. Lye, K. Proulx, A. K. Yousafzai, S. G. Matthews, T. Vaivada, et coll. « Nurturing care: promoting early childhood development », *Lancet.* 2017;389(10064):91-102. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
13. Shonkoff, J. P. *Re-envisioning early childhood policy and practice in a world of striking inequality and uncertainty* [Internet]. Cambridge, MA: Université Harvard; 2022 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : <https://developingchild.harvard.edu/re-envisioning-ecd/>
14. Williams, R. C. « From ACEs to early relational health: implications for clinical practice », *Paediatr Child Health.* 2023;28(6):377-93. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/pch/pxad025>
15. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain : résumé* [Internet]. Genève : OMS; 2018 [cité le 11 déc. 2024]. Disponible à : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272606/WHO-FWC-MCA-18.02-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y;>
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf>
16. Escobar, M. J., A. Rivera-Rei, J. Decety, D. Huepe, J. F. Cardona, A. Canales-Johnson, et coll. « Attachment patterns trigger differential neural signature of emotional processing in adolescents », *PLoS ONE.* 2013;8(8):e70247. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070247>
17. Alberta Family Wellness Initiative (AFWI). *Module 4 - serve & return: how social interactions shape brain architecture.* Calgary, AB: AFWI; 2024.
18. Black, M. M., S. P. Walker, L. C. H. Fernald, C. T. Andersen, A. M. DiGirolamo, C. Lu, et coll. « Early childhood development coming of age: science through the life course », *Lancet.* 2017;389(10064):77-90. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
19. Ruiz-Zaldibar, C., I. Serrano-Monzó, A. Mujika. « Parental competence programs to promote positive parenting and healthy lifestyles in children: a systematic review », *J Pediatr (Rio J).* 2018;94(3):238-50. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.07.019>

20. Richter, L. M., B. Daelmans, J. Lombardi, J. Heymann, F. L. Boo, J. R. Behrman, et coll. « Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development », *Lancet*. 2017;389(10064):103-18. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31698-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31698-1)
21. Benoit, D. « Infant-parent attachment: definition, types, antecedents, measurement and outcome », *Paediatr Child Health*. 20024;9(8):541-5. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/pch/9.8.541>
22. Pinquart, M. « Do the parent–child relationship and parenting behaviors differ between families with a child with and without chronic illness? A meta-analysis », *J Pediatr Psychol*. 2013;38(7):708-21. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst020>
23. Bertoni, A., S. Donato, A. Morgano, R. Iafrate, R. Rosnati. « A qualitative evaluation of a preventive intervention for parents: the Groups for Family Enrichment_Parent version (GFE_P) », *J Prev Interv Community*. 2017;45(3):215-29. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/10852352.2016.1198135>
24. Sanders, M. R., J. N. Kirby, C. L. Tellegen, J. J. Day. « The triple P-positive parenting program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support », *Clin Psychol Rev*. 2014;34(4):337-57. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.003>
25. Governor’s Office of Crime Control & Prevention (GOCCP), Family Violence Council. *Maryland Governor’s Family Violence Council strategic plan, 2017-18* [Internet]. Baltimore, MD: GOCCP; 2018 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : <https://goccp.maryland.gov/wp-content/uploads/FVC-2018-Strategic-Plan.pdf>
26. Porzig-Drummond, R., R. J. Stevenson, C. Stevenson. « A preliminary evaluation of the 1-2-3-magic parenting program in an Australian community services setting », *Austr Soc Work*. 2016;69(4):388-402. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/0312407X.2015.1086010>
27. Région de Peel. *Peel’s community safety and well-being plan, 2020-2024* [Internet]. Mississauga, ON : région de Peel; 2020 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : <https://peelregion.ca/sites/default/files/2024-03/cswb-plan-2020-2024.pdf>
28. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Lignes directrices de l’OMS sur les interventions parentales visant à prévenir la maltraitance et à améliorer les relations parent-enfant avec les enfants âgés de 0 à 17 ans* [Internet]. Genève : OMS; 2022 [cité le 11 déc. 2024]. Disponible à : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375980/9789240087491-fre.pdf>
29. Kaminski, J. W., R. Perou, S. N. Visser, K. G. Scott, L. Beckwith, J. Howard, et coll. « Behavioral and socioemotional outcomes through age 5 years of the legacy for children public health approach to improving developmental outcomes among children born into poverty », *Am J Public Health*. 2013;103(6):1058-66. Disponible à : <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300996>
30. Dishion, T. J., C. J. Mun, E. C. Drake, J. Y. Tein, D. S. Shaw, M. Wilson. « A transactional approach to preventing early childhood neglect: The Family Check-Up as a public health strategy », *Dev Psychopathol*. 2015;27(4 Pt 2):1647-60. Disponible à : <https://doi.org/10.1017/S0954579415001005>

31. Kim, E., D. Boutain, S. Kim, J-J Chun, H. Im. « Integrating faith-based and community-based participatory research approaches to adapt the Korean Parent Training Program », *J Ped Nurs.* 2017;37:70-8. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.05.004>
32. Brown, S. G., D. B. Hudson, C. Campbell-Grossman, K. A. Kupzyk, B. C. Yates, K. M. Hanna. « Social support, parenting competence, and parenting satisfaction among adolescent, African American, mothers », *West J Nurs Res.* 2018;40(4):502-19. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/0193945916682724>
33. Fleckman, J. M., C. A. Taylor, H. L. Storer, K. Andrinopoulos, L. E. G. Weil, L. Rubin-Miller, et coll. « Breaking the mold: socio-ecologic factors to influence the development of non-harsh parenting strategies to reduce risk for child physical abuse », *Child Youth Serv Rev.* 2018;94:274-83. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.10.019>
34. Srivastav A., M. Stropolis, A. Moseley, K. Daniels. « The empower action model: a framework for preventing adverse childhood experiences by promoting health, equity, and well-being across the life span », *Health Promot Pract.* 2020;21(4):525-34. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/1524839919889355>
35. Malvaso, C., R. Pilkington, A. Montgomerie, P. Delfabbro, J. Lynch. « A public health approach to preventing child maltreatment: an intelligent information infrastructure to help us know what works », *Child Abuse Negl.* 2020;106:104466. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104466>
36. Gross, R. S., M. J. Messito, P. Klass, C. F. Canfield, H. S. Yin, P. A. Morris, et coll. « Integrating health care strategies to prevent poverty-related disparities in development and growth: addressing core outcomes of early childhood », *Acad Pediatr.* 2021;21(8 Suppl):S161-S8. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.04.005>
37. Martini, J., M. Li, L. Wright, D. Johnson, M. Wade. « Toward a dimensional model of family-based resilience: Sensitivity, stimulation, and stability as moderators of early-life adversity », *Can Psychol.* 2022;63(2):214-32. Disponible à : <https://doi.org/10.1037/cap0000316>
38. Noel, W. H., M. L. Raimon, S. J. Morton, L. Hsu-Rodriguez, J. Singer. « DULCE: addressing social determinants of health by connecting families to concrete supports as a primary prevention approach to child welfare », *Child Welf.* 2022;100(6):65.
39. Lovibond, S. H., P. F. Lovibond. *Manual for the depression anxiety stress scales.* 2^e éd. Sydney, NSW : Psychology Foundation; 1995.
40. Cox, J. L., J. M. Holden, R. Sagovsky. « Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale », *Br J Psychiatr.* 1987;150:782-6. Disponible à : <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
41. Abidin, R.R. *Parenting Stress Index* [database record]. Washington, DC: American Psychological Association; 1990 [cité le 12 déc. 2024]. Disponible à : <https://doi.org/10.1037/t02445-000>

42. KIDSCREEN. *Questionnaires: recording the health-related quality of life of children and adolescents aged 8 to 18 years* [Internet]. Hamburg, DE: Child Public Health; n.d. [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : <https://www.kidscreen.org/english/questionnaires/>
43. Goodman, R. « The strengths and difficulties questionnaire: a research note », *Child Psychol Psychiatry*. 1997;38(5):581-6. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
44. Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA), Research Center for Children, Youth and Families. *Child behaviour checklist (CBCL)* [Internet]. Burlington, VT: ASEBA [2001] [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : <https://www.apa.org/depression-guideline/child-behavior-checklist.pdf>
45. Briggs-Gowan, M. J., A. S. Carter, J. R. Irwin, K. Wachtel, D. V. Cicchetti. « The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: screening for social-emotional problems and delays in competence », *J Pediatr Psychol*. 2004;29(2):143-55. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsh017>
46. Fabes, R. A., N. Eisenberg, J. Bernzweig. *Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES)* [Internet]. Washington, DC: American Psychological Association; 1990 [cité le 12 déc. 2024]. Disponible à : <https://doi.org/10.1037/t36591-000>
47. Fullard, W., S. C. McDevitt, W. B. Carey. « Assessing temperament in one- to three-year-old children », *J Pediatr Psychol*. 1984;9(2):205-17. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/jpepsy/9.2.205>
48. LeBuffe, P. A., J. A. Naglieri. *Devereux Early Childhood Assessment (DECA)* [database record].. Washington, DC: American Psychological Association; 1999 [cité le 16 déc. 2024]. Disponible à : <https://doi.org/10.1037/t02167-000>
49. Eyberg, S. M., D. Pincus. *Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory: professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1999.
50. Hunsley, J., M. Best, M. Lefebvre, D. Vito. « The seven-item short form of the Dyadic Adjustment Scale: further evidence for construct validity », *Am J Fam Ther*. 2001;29(4):325-35. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/01926180126501>
51. Dadds, M. R., M. B. Powell. « The relationship of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety, and immaturity in aggressive and nonclinic children », *J Abnorm Child Psychol*. 1991;19(5):553-67. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/BF00925820>
52. Christensen, A., M. Sullaway. *Communication patterns questionnaire* [database]. Washington, DC: American Psychological Association; 1984 [cité le 16 déc. 2024]. Disponible à : <https://doi.org/10.1037/t02529-000>
53. Wilk, P., R. Sanderson, M. Kingdon. « Positive parenting in Londres & Middlesex county », *Health Index*. 2006;(19). Disponible à : <https://www.healthunit.com/uploads/mlhu-positive-parenting.pdf>

54. Chislett, G., D. Kennett. « The effects of the Nobody's Perfect program on parenting resourcefulness and competency », *J Child Fam Stud*. 2007;16:473-82. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9098-x>
55. Condon, J. T. *Maternal postnatal attachment scale* [Internet]. Adélaïde, SA: université Flinders; 2015 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : <https://doi.org/10.25957/5DC0F28D14338>
56. Willis, D. W., M.-C. Condon, V. Moe, L. Munson, L. Smith, J. M. Eddy. « The context and development of the early relational health screen », *Infant Ment Health J*. 2022;43(3):493-506. Disponible à : <https://doi.org/10.1002/imhj.21986>
57. Down, K., P. Levickis, S. Hudson, R. Nicholls, M. Wake. « Measuring maternal responsiveness in a community-based sample of slow-to-talk toddlers: a cross-sectional study », *Child Care Health Dev*. 2014;41(2):329-33. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/cch.12174>
58. Levickis, P., C. McKean, E. Walls, J. Law. « Training community health nurses to measure parent-child interaction: a mixed-methods study », *Eur J Public Health*. 2019;30(3):445-50. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz155>
59. Ruiz-Zaldibar, C., I. Serrano-Monzó, O. Lopez-Dicastillo, M. J. Pumar-Méndez, A. Iriarte, E. Bermejo-Martins, et coll. « Parental self-efficacy to promote children's healthy lifestyles: a pilot and feasibility study », *Int J Environment Res Public Health*. 2021;18(9):4794. Disponible à : <https://doi.org/10.3390/ijerph18094794>
60. Kendall, S., L. Bloomfield. « Developing and validating a tool to measure parenting self-efficacy », *J Adv Nurs*. 2005;51(2):174-81. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03479.x>
61. Johnston, C., E. J. Mash. *Parenting sense of competence scale (PSOC)* [database record]. Washington, DC: American Psychological Association; 1989 [cité le 16 déc. 2024]. Disponible à : <https://doi.org/10.1037/t01311-000>
62. Krapu, T. M., L. Meinke, L. Kramer, R. Friedman, J. Voda. *The Life Satisfaction Survey (LSS): development of the instrument* [Internet]. Lexington, KY: International Coach Federation (ICF); 2006 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : https://www.krapu4.com/PDF/krapu_meinke_kramer_friedman_voda1.pdf
63. Heinrichs, N., S. Kliem, K. Hahlweg. « Four-year follow-up of a randomized controlled trial of triple p group for parent and child outcomes », *Prev Sci*. 2014;15(2):233-45. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s11121-012-0358-2>
64. Hamilton, V. E., J. M. Matthews, S. B. Crawford. « Development and preliminary validation of a parenting self-regulation scale: "me as a parent" », *J Child Fam Stud*. 2015;24(10):2853-64. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0089-z>
65. Rosenblum, K. L., J. Riggs, S. Freeman, P. E. Shah, M. Muzik. « Michigan Collaborative for Infant Mental Health Research. In-the-moment ratings on the Early Relational Health Screen: a pilot study of

- application in home visiting and primary care », *Infant Ment Health J.* 2022;43(3):410-23. Disponible à : <https://doi.org/10.1002/imhj.21978>
66. Strickland, A. L., J. A. Samp. « Parental competence and maltreatment: the curvilinear influence of plan complexity », *J Interpers Violence.* 2013;28(5):997-1019. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/0886260512459378>
67. Hakim-Larson, J., A. Parker, C. Lee, J. Goodwin, S. Voelker. « Measuring parental meta-emotion: psychometric properties of the emotion-related parenting styles self-test », *Early Educ Develop.* 2006;17(2):229-51. Disponible à : https://doi.org/10.1207/s15566935eed1702_2
68. Benzies, K. M., L. Barker, J. Churchill, J. Smith, S. Horn. « UpStart Parent Survey-Prenatal: a new tool for evaluating prenatal education programs », *Public Health Nurs.* 2016;33(5):440-8. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/phn.12269>
69. Pridham, K. F., A. S. Chang. « Mothers perceptions of problem-solving competence for infant care », *West J Nurs Res.* 1991;13(2):164-80. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/019394599101300202>
70. Lo, C. K.-M., Y. W. Cho. « Community-based interventions to reduce child maltreatment », *Res Soc Work Pract.* 2021;31(6):621-33. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/1049731520986968>
71. Chowdhury, M., M. G. Aman, L. Scahill, N. Swiezy, L. E. Arnold, L. Lecavalier, et coll. « The Home Situations Questionnaire-PDD version: factor structure and psychometric properties », *J Intellect Disabil Res.* 2010;54(3):281-91. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01259.x>
72. Bowen, E., J. Heron, A. Waylen, D. Wolke D. ALSPAC Study Team. « Domestic violence risk during and after pregnancy: findings from a British longitudinal study », *BJOG.* 2005;112(8):1083-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00653.x>
73. Revenson, T., K. Schiaffino, D. Majerovitz, A. Gibofsky. « Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients », *Soc Sci Med.* 1991;33(7):807-13. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90385-p](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90385-p)
74. Broadhead, W. E., S. H. Gehlbach, F. V. de Gruy, B. H. Kaplan. « The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: measurement of social support in family medicine patients », *Med Care.* 1988;26(7):709-23. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00006>
75. Sherbourne, C. D., A. L. Stewart. « The MOS social support survey », *Soc Sci Med.* 1991;32(6):705-14. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
76. Enebrink, P., M. Danneman, V. Benvestito Mattsson, M. Ulfsdotter, C. Jalling, L. Lindberg. « ABC for parents: pilot study of a universal 4-session program shows increased parenting skills, self-efficacy and child well-being », *J Child Fam Stud.* 2015;24(7):1917-31. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9992-6>
77. Havighurst, S. S., C. E. Kehoe, A. E. Harley, A. Radovini, R. Thomas. « A randomized controlled trial of an emotion socialization parenting program and its impact on parenting, children's behavior and

- parent and child stress cortisol: tuning in to toddlers », *Behav Res Ther.* 2022;149:104016. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.104016>
78. Johnston, J. C., D. McNeil, G. van der Lee, C. MacLeod, Y. Uyanwune, K. Hill. « Piloting CenteringParenting in two Alberta public health well-child clinics », *Public Health Nurs.* 2017;34(3):229-37. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/phn.12287>
79. Jose, K., D. Christensen, W. I. van de Lageweg, C. Taylor. « Tasmania’s child and family centres building parenting capability: a mixed methods study », *Early Child Develop Care.* 2019;189(14):2360-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/03004430.2018.1455035>
80. Sharma, C., E. Chinitz, B. Hackley, A. Hoffman, V. Shankar, E. Zambella, et coll. « Evaluation of a mother-infant dyadic video-feedback intervention in a community health center in South Bronx, New York City », *J Health Care Poor Underserved.* 2022;33(1):120-35. Disponible à : <https://doi.org/10.1353/hpu.2022.0010>
81. Marsh, D. R., D. G. Schroeder, K. A. Dearden, J. Sternin, M. Sternin. « The power of positive deviance », *BMJ.* 2010;329(7475):1177-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7475.1177>
82. Crandall, A., K. Deater-Deckard, A. W. Riley. « Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: a conceptual framework », *Dev Rev.* 2015;36:105-26. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.01.004>
83. Parents Under Pressure Program. *Parents under Pressure (PuP) program: promoting a nurturing environment for families* [Internet]. Perth, WA: PuP Program; 2024 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : <https://pupprogram.net.au/>
84. Cohen, S., T. Kamarck, R. Mermelstein. *Perceived stress scale* [database record]. Washington, DC: American Psychological Association; 1983 [cité le 16 déc. 2024]. Disponible à : <https://doi.org/10.1037/t02889-000>
85. Bølstad, E., S. S. Havighurst, C. K. Tamnes, E. Nygaard, R. F. Bjørk, M. Stavrinou, et coll. « A pilot study of a parent emotion socialization intervention: impact on parent behavior, child self-regulation, and adjustment », *Front Psychol.* 2021;12:730278. Disponible à : <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.730278>
86. Gobierno de España; Federación Española de Municipios y Provincias . *Best practice guide for positive parenting: a resource for practitioners working with families* [Internet]. Madrid: Familias en Positivo; 2015 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : https://familiasenpositivo.org/system/files/guia_de_buenas_practicas_ingles_v2.pdf
87. Döpfner, M., G. Lehmkuhl. *DISYPS-KJ: diagnostic system for psychiatric disorders in children and adolescents in ICD-10 and DSM-IV.* 2^e éd. Berne : Huber; 2000.

88. O'Neill, A., K. Swigger, V. Kuhlmeier. « 'Make the Connection' parenting skills programme: a controlled trial of associated improvement in maternal attitudes », *J Reprod Infant Psychol*. 2018;36(5):536-47. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1497779>
89. Shah, R., A. Isaia, A. Schwartz, M. Atkins. « Encouraging parenting behaviors that promote early childhood development among caregivers from low-income urban communities: a randomized static group comparison trial of a primary care-based parenting program », *Matern Child Health J*. 2019;23(1):39-46. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2589-8>
90. Porzig-Drummond, R., R. J. Stevenson, C. Stevenson. « The 1-2-3 Magic parenting program and its effect on child problem behaviors and dysfunctional parenting: a randomized controlled trial », *Behav Res Ther*. 2014;58:52-64. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.004>
91. Stone, K., C. Burgess. « Parents' perspectives of a universal early attachment programme in Scotland », *Health Promot Int*. 2017;32(6):1015-24. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/heapro/daw026>
92. Levickis, P., C. McKean, A. Wiles, J. Law. « Expectations and experiences of parents taking part in parent-child interaction programmes to promote child language: a qualitative interview study », *Int J Lang Commun Disord*. 2020;55(4):603-17. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12543>
93. Naumann, S., H. Bertram, A. Kuschel, N. Heinrichs, K. Hahlweg, M. Döpfner. « *Der Erziehungsfragebogen (EFB). Ein Fragebogen zur Erfassung elterlicher Verhaltenstendenzen in schwierigen Erziehungssituationen* (Questionnaire sur l'éducation (EFB). Questionnaire pour évaluer les tendances comportementales des parents dans des situations éducatives difficiles [traduction libre]) », *Diagnostica*. 2010;56(3):144-57. [German]. Disponible à : <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000018>
94. Goldberg, D. P., P. Williams. *A users' guide to the general health questionnaire*. Londres : GL Assessment; 1988.
95. Positive Parenting Framework Working Group. *Wellington-Dufferin-Guelph Public Health positive parenting framework* [Internet]. Guelph, ON: Wellington-Dufferin-Guelph Public Health; 2018 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : https://wdgpublichealth.ca/sites/default/files/file-attachments/report/wdgph_positive_parenting_framework_current_may2019.pdf
96. Arnold, D. S., S. G. O'Leary, L. S. Wolff, M. M. Acker. « The parenting scale: a measure of dysfunctional parenting in discipline situations », *Psychol Assess*. 1993;5(2):137-44. Disponible à : <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.137>
97. Sanders, M. R. « 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 », *Clin Child Fam Psychol Rev*. 1999;2(2):71-90. Disponible à : <https://doi.org/10.1023/A:1021843613840>

98. Rising, S. S., Powell Kennedy H, C. S. Klima. « Redesigning prenatal care through centering pregnancy », *J Midwifery Womens Health*. 2004;49(5):398-404. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.04.018>
99. Perou, R., M. N. Elliott, S. N. Visser, et coll. « Legacy for Children™: a pair of randomized controlled trials of a public health model to improve developmental outcomes among children in poverty », *BMC Public Health*. 2012;12:691. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-691>
100. Shah, R., D. DeFrino, Y. Kim, M. Atkins. « Sit down and play: a preventive primary care-based program to enhance parenting practices », *J Child Fam Stud*. 2017;26(2):540-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0583-6>
101. Coleman, P. K., K. H. Karraker. « Self-efficacy and parenting quality: findings and future applications », *Dev Rev*. 1998;18(1):47-85. Disponible à : <https://doi.org/10.1006/drev.1997.0448>
102. Condon, J.T.C.C. « The assessment of parent-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire instrument », *J Reprod Infant Psychol*. 1998;16(1):57-76. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/02646839808404558>
103. Lindberg, L., M. Ulfsdotter, C. Jalling, E. Skärstrand, M. Lalouni, K. L. Rhodin, et coll. « The effects and costs of the universal parent group program – all children in focus: a study protocol for a randomized wait-list controlled trial », *BMC Public Health*. 2013;13:688. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-688>
104. Gilmore, L., M. Cuskelly. « Factor structure of the Parenting Sense of Competence scale using a normative sample », *Child Care Health Dev*. 2009;35(1):48-55. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2008.00867.x>
105. Pridham, K. F., A. S. Chang. « What being the parent of a baby is like: revision of an instrument », *Res Nurs Health*. 1989;12(5):323-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1002/nur.4770120508>
106. Deković, M., J. J. Asscher, J. Hermanns, E. Reitz, P. Prinzie, A. L. van den Akker. « Tracing changes in families who participated in the home-start parenting program: parental sense of competence as mechanism of change », *Prev Sci*. 2010;11(3):263-74. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s11121-009-0166-5>
107. Université Harvard, Center on the Developing Child. *Three principles to improve outcomes for children and families: 2021 update* [Internet]. Cambridge, MA: Université Harvard; 2021 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : https://harvardcenter.wpenginpowered.com/wp-content/uploads/2017/10/3Principles_Update2021v2.pdf
108. Dumitriu, D., A. Lavallée, J. L. Riggs, C. A. Frosch, T. V. Barker, D. L. Best, et coll. « Advancing early relational health: a collaborative exploration of a research agenda », *Front Pediatr*. 2023;11:1259022. Disponible à : <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1259022>

109. Sanderson, R., S. Sikora. *Measuring positive parenting using the RRFSS: final report of the perinatal and child health survey initiative* [Internet]. Londres, ON : Middlesex-Londres Health Unit; 2004 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : <https://www.healthunit.com/uploads/mlhu-measuring-positive-parenting-final-report.pdf>
110. Gasden, V., M. Ford, H. Breiner H. [Committee on Supporting the Parents of Young Children](#) éditeurs. *Parenting matters: supporting parents of children ages 0-8* [Internet]. Washington, DC: National Academies Press; 2016 [cité le 12 déc. 2024]. Chapter 6, Elements of effective parenting program and strategies for increasing program participation and retention. Disponible à : <https://doi.org/10.17226/21868>
111. Gasden, V., M. Ford, H. Breiner. [Committee on Supporting the Parents of Young Children](#), éditeurs. *Parenting matters: supporting parents of children ages 0-8* [Internet]. Washington, DC: National Academies Press; 2016 [cité le 12 déc. 2024]. Chapter 7, Towards a national framework. Disponible à : <https://doi.org/10.17226/21868>
112. Oranga Tamariki/Ministry for Children. *Caregiver and adoption assessment framework* [Internet]. Wellington, NZ: New Zealand Government; 2020 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : <https://practice.orangatamariki.govt.nz/our-work/care/caregivers/assessing-and-approving-caregivers-and-adoptive-parents/caregiver-and-adoption-assessment-framework/>
113. Simcoe-Muskoka District Health Unit, Mental Health Strategy Working Group. *Mental health promotion strategy, 2019-2022* [Internet]. Barrie, ON : bureau de santé du district de Simcoe Muskoka; 2019 n.d. [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : https://www.simcoemuskokahealth.org/docs/default-source/aboutus/smdhu_mhpstrategyreportf5d1ae55f97be6bc38c2dff0000a8dfd8.pdf?sfvrsn=0
114. Li, J., T. Ramirez. *Early relational health: a review of research, principles, and perspectives* [Internet]. Cambridge, MA: Burke Foundation; 2023 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : https://www.gse.harvard.edu/sites/default/files/2023-09/ERH-Report_final.pdf
115. Walker, L. O., R. S. Kirby. « Conceptual and measurement issues in early parenting practices research: an epidemiologic perspective », *Mat Child Health J.* 2010;14(6):958-70. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s10995-009-0532-8>
116. Université Western, *Centre for Research and Education on Violence against Women and Children.* *7 protective factors that promote children's resilience* [Internet]. Londres, ON : université Western; 2023 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : <https://gbvlearningnetwork.ca/our-work/infographics/protectivefactors/index.html>
117. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Preventing violence through the development of safe, stable and nurturing relationships between children and their parents and caregivers* [Internet]. Genève : OMS; 2009 [cité le 12 déc. 2024]. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/preventing-violence-through-the-development-of-safe-stable-and-nurturing-relationships-between-children-and-their-parents-and-caregivers>

118. Bavolek, S. J., R. G. Keene. *AAPI OnLine development handbook: the Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI-2)[®] assessing high-risk parenting attitudes and behaviors* [Internet]. 2^e éd. Asheville, NC: Family Development Resources, Inc.; 1999 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : <https://www.nurturingparenting.com/images/aapionlinehandbook12-5-12.pdf>
119. Brestan, E. V., J. R. Jacobs, A. D. Rayfield, S. M. Eyberg. « A consumer satisfaction measure for parent-child treatments and its relation to measures of child behavior change », *Behav Ther.* 1999;30(1):17-30. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(99\)80043-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80043-4)
120. Gross, J. J., O. P. John. « Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being », *J Pers Soc Psychol.* 2003;85(2):348-62. Disponible à : <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
121. Trute, B., D. Hiebert-Murphy. « Predicting family adjustment and parenting stress in childhood disability services using brief assessment tools », *J Intellect Dev Disabil.* 2005;30(4):217-25. Disponible à : <https://doi.org/10.1080/13668250500349441>
122. Gerris, J. R. M. *Parenting in Dutch families: a representative description of Dutch family life in terms of validated concepts representing characteristics of parents, children, the family as a system and parental socio-cultural value orientations*. Nijmegen: université de Nijmegen; 1993.
123. Slater, M. A., T. G. Power. « Multidimensional assessment of parenting in single-parent families ». Dans : Vincent, J. P., éditeur. *Advances in family intervention, assessment and theory*. Londres : JAI Press; 1987. p. 197-228.
124. Kennett, D. J., G. Chislett. « The benefits of an enhanced Nobody's Perfect Parenting Program for child welfare clients including non-custodial parents », *Child Youth Serv Rev.* 2012;34(10):2081-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.07.001>
125. Dumka, L. E., H. D. Stoerzinger, K. M. Jackson, M. W. Roosa. « Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of the parenting self-agency measure », *Fam Relat.* 1996;45(2):216-22. Disponible à : <https://doi.org/10.2307/585293>
126. Haines, J., S. L. Rifas-Shiman, D. Gross, J. McDonald, K. Kleinman, M. W. Gillman. « Randomized trial of a prevention intervention that embeds weight-related messages within a general parenting program », *Obesity (Silver Spring).* 2016;24(1):191-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1002/oby.21314>
127. MacCoby, E. E., J. A. Martin. « Socialization in the context of the family: parent-child interaction ». Dans : Hetherington, E. M., P. H. Mussen, éditeurs. *Handbook of child psychology: socialization, personality and social development*. Volume 4. New York, NY: Wiley; 1983. p. 1-101.
128. Anikiej-Wiczenbach, P., M. Kaźmierczak. « Validation of the parental responsiveness scale », *Curr Issues Personal Psychol.* 2021;9(3):258-66. Disponible à : <https://doi.org/10.5114/cipp.2021.104800>

129. Havighurst, S. S., K. R. Wilson, A. E. Harley, M. R. Prior, C. Kehoe. « Tuning in to kids: improving emotion socialization practices in parents of preschool children—findings from a community trial », *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51(12):1342-50. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02303.x>
130. Christensen, A. Detection of conflict patterns in couples. In: Hahlweg K, M. J. Goldstein, éditeurs. *Understanding major mental disorder: the contribution of family interaction research*. New York, NY: Family Process Press; 1987. p. 250-65.
131. Sharpley, C. F., J. Rogers. « Preliminary validation of the abbreviated Spanier Dyadic Adjustment Scale: some psychometric data regarding a screening test of marital adjustment », *Educ Psychol Meas*. 1984;44(4):1045-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/0013164484444029>
132. Spielberger, C. D., R. L. Gorsuch, R. E. Lushene. *STAI: manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1970.
133. Kroenke, K., R. L. Spitzer, J. B. Williams. « The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure », *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13. Disponible à : <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
134. Spitzer, R. L., K. Kroenke, J. B. Williams, B. Löwe. « A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 », *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
135. Achenbach, T. M. *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT : université du Vermont; 1991.
136. LeBuffe, P. A., J. A. Naglieri. « The Devereux Early Childhood Assessment (DECA): a measure of within-child protective factors in preschool children », *NHSA Dialog*. 1999;3(1):75-80. Disponible à : https://doi.org/10.1207/s19309325nhsa0301_10
137. Birch, L. L., S. L. Johnson, K. Grimm-Thomas, J. O. Fishers. *The Child Feeding Questionnaire (CFQ): an instrument for assessing parental control in child feeding* [Internet]. Philadelphia, PA : université d'État de Pennsylvanie; 1998 [cité le 8 nov. 2024]. Disponible à : <https://www.apa.org/obesity-guideline/child-feeding-questionnaire.pdf>
138. Musher-Eizenman, D., S. Holub. « Comprehensive feeding practices questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices », *J Pediatr Psychol*. 2007;32(8):960-72. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm037>
139. Barkely, R. A., C. Edelbrock. « Assessing situational variation in children's problem behaviors: the home and school situations questionnaires ». Dans : Prinz, R. J., éditeur. *Advances in behavioral assessment of children and families*. Volume 3. Stamford, CT: JAI Press; 1987. p. 157-76.
140. Caldwell, B. M., R. H. Bradley. *Home observation for measurement of the environment: administration manual*. Tempe, AZ : université d'état d'Arizona; 2003.

141. Rutter, M., D. Quinton. « Psychiatric disorder ecological factors and concepts of causation ». Dans : McGurk, M., éditeur. *Ecological factors in human development*. Amsterdam: North Holland Publishing Company; 1977. p. 173-87.

Annexe A : Résumé des études examinées par les pairs qui ont été incluses

Tableau A1 :

Auteur/date	Titre	Type d'étude	Pays
Bertoni 2017 ²³	A qualitative evaluation of a preventive intervention for parents: The Groups for Family Enrichment_Parent version (GFE_P).	Recherche qualitative	Italie
Brown 2018 ³²	Social Support, Parenting Competence, and Parenting Satisfaction Among Adolescent, African American, Mothers	Analyse secondaire	États-Unis
Dishion 2015 ³⁰	A transactional approach to preventing early childhood neglect: The Family Check-Up as a public health strategy	Essai contrôlé randomisé	États-Unis
Enebrink 2015 ⁷⁶	ABC for parents: Pilot study of a universal 4-session program shows increased parenting skills, self-efficacy and child well-being	Étude pilote	Suède
Fleckman 2018 ³³	Breaking the mold: Socio-ecologic factors to influence the development of non-harsh parenting strategies to reduce risk for child physical abuse	Recherche qualitative	États-Unis
Gross 2021 ³⁶	Integrating Health Care Strategies to Prevent Poverty-Related Disparities in Development and Growth: Addressing Core Outcomes of Early Childhood	Texte et opinion	États-Unis
Havighurst 2022 ⁷⁷	A randomized controlled trial of an emotion socialization parenting program and its impact on parenting, children's behavior and parent and child stress cortisol: Tuning in to Toddlers.	Essai contrôlé randomisé	Australie
Heinrichs 2014 ⁶³	Four-year follow-up of a randomized controlled trial of triple p group for parent and child outcomes.	Essai contrôlé randomisé	Allemagne

Auteur/date	Titre	Type d'étude	Pays
Johnston 2017 ⁷⁸	Piloting Centering Parenting in Two Alberta Public Health Well-Child Clinics	Étude expérimentale non randomisée	Canada
Jose 2019 ⁷⁹	Tasmania's child and family centres building parenting capability: A mixed methods study	Étude à méthodologie mixte	Australie
Kaminski 2013 ²⁹	Behavioral and Socioemotional Outcomes Through Age 5 Years of the Legacy for Children Public Health Approach to Improving Developmental Outcomes Among Children Born Into Poverty	Essai contrôlé randomisé	États-Unis
Kim 2017 ³¹	Integrating Faith-based and Community-based Participatory Research Approaches to Adapt the Korean Parent Training Program.	Recherche qualitative	États-Unis
Levickis 2020 ⁵⁸	Training community health nurses to measure parent-child interaction: A mixed-methods study	Méthodologie mixte	R.-U.
Lo 2021 ⁷⁰	Community-Based Interventions to Reduce Child Maltreatment	Analyse systématique	États-Unis
Malvaso 2020 ³⁵	A public health approach to preventing child maltreatment: An intelligent information infrastructure to help us know what works.	Examen narratif non systématique	Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis
Martini 2022 ³⁷	Toward a dimensional model of family-based resilience: Sensitivity, stimulation, and stability as moderators of early-life adversity	Analyse narrative	Canada
Noël 2023 ³⁸	DULCE: Addressing Social Determinants of Health by Connecting Families to Concrete Supports as a Primary Prevention Approach to Child Welfare	Recherche qualitative	États-Unis

Auteur/date	Titre	Type d'étude	Pays
O'Neill 2018 ⁸⁸	'Make the Connection' parenting skills programme: a controlled trial of associated improvement in maternal attitudes.	Modèle de contrôle des listes d'attente à pseudo-randomisation	Canada
Porzig-Drummond 2014 ⁹⁰	The 1-2-3 Magic parenting program and its effect on child problem behaviors and dysfunctional parenting: A randomized controlled trial.	Essai contrôlé randomisé	Australie
Porzig-Drummond 2016 ²⁶	A Preliminary Evaluation of the 1-2-3-Magic Parenting Program in an Australian Community Services Setting	Étude avant-après	Australie
Rosenblum 2022 ⁶⁵	In-the-moment ratings on the Early Relational Health Screen: A pilot study of application in home visiting and primary care.	Étude sur l'exactitude des tests diagnostiques	États-Unis
Ruiz-Zaldibar 2018 ¹⁹	Parental competence programs to promote positive parenting and healthy lifestyles in children: a systematic review	Analyse systématique	Espagne
Ruiz-Zaldibar 2021 ⁵⁹	Parental Self-Efficacy to Promote Children's Healthy Lifestyles: A Pilot and Feasibility Study.	Étude pilote et de faisabilité	Espagne
Sanders 2014 ²⁴	The Triple P-Positive Parenting Program: a systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support	Analyse systématique	Internationale
Shah 2019 ⁸⁹	Encouraging Parenting Behaviors That Promote Early Childhood Development Among Caregivers From Low-Income Urban Communities: A Randomized Static Group Comparison Trial of a Primary Care-Based Parenting Program	Étude prospective de comparaison de groupes statiques quasi randomisés	États-Unis
Sharma 2022 ⁸⁰	Evaluation of a Mother-Infant Dyadic Video-Feedback Intervention in a Community Health Center in South Bronx, New York City	Étude de cohorte	États-Unis

Auteur/date	Titre	Type d'étude	Pays
Srivastav 2020 ³⁴	The empower action model: A framework for preventing adverse childhood experiences by promoting health, equity, and well-being across the life span		États-Unis
Stone 2017 ⁹¹	Parents' perspectives of a universal early attachment programme in Scotland.	Recherche qualitative	Royaume-Uni
Strickland 2013 ⁶⁶	Parental competence and maltreatment: the curvilinear influence of plan complexity.	Étude de cohorte	États-Unis

Annexe B : Résumé des fiches de littérature grise incluses

Auteur/organisme	Titre	Pays
Centre on the Developing Child Harvard University ¹⁰⁷	3 Principles to Improve Outcomes for Children and Families 2021 Update	États-Unis
Crandall, Deater-Deckard & Riley, 2015 ⁸²	Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework	États-Unis
Dumitriu et coll., 2023 ¹⁰⁸	Advancing early relational health: a collaborative exploration of a research agenda	États-Unis
Government of Maryland ²⁵	Maryland Governor's Family Violence Council Strategic Plan	États-Unis
Government of Spain ⁸⁶	Best practice guide for positive parenting: a resource for practitioners working with families	Espagne
Griffith University ⁸³	The Parents Under Pressure Program: supporting complex families, improving outcomes for children	Australie
Middlesex-London Health Unit ¹⁰⁹	Measuring Positive Parenting Using the RRFSS: final report of the perinatal and Child Health Survey Initiative	Canada
Gasden V, Ford M, Breiner H, editors ¹¹⁰	Chapter 6: Elements of effective parenting programs and strategies for increasing program participation and retention	États-Unis
Gasden V, Ford M, Breiner H, editors ¹¹¹	Chapter 7: Towards a national framework.	États-Unis
Oranga Tamariki Ministry for Children ¹¹²	Caregiver and adoption assessment framework	Nouvelle-Zélande

Auteur/organisme	Titre	Pays
Peel Region ²⁷	Peel's Community Safety and Well-being Plan 2022-2024	Canada
Simcoe Muskoka District Health Unit, Mental Health Strategy Working Group ¹¹³	Simcoe Muskoka Mental Health Promotion Strategy	Canada
Li et Ramirez ¹¹⁴	Early Relational Health: a review of research, principles, and perspectives	États-Unis
Walker & Kirby, 2009 ¹¹⁵	Conceptual and measurement Issues in Early Parenting Practices Research: An Epidemiologic Perspective	États-Unis
Positive Parenting Framework Working Group. ⁹⁵	Wellington-Dufferin-Guelph Public Health positive parenting framework	Canada
Western University Centre for Research and Education on Violence against Women and Children ¹¹⁶	7 Protective Factors that Promote Children's Resilience	Canada
Organisation mondiale de la Santé ²⁸	Lignes directrices de l'OMS sur les interventions parentales visant à prévenir la maltraitance et à améliorer les relations parent-enfant avec les enfants âgés de 0 à 17 ans	International
Organisation mondiale de la Santé ¹¹⁷	Preventing violence through the development of safe, stable and nurturing relationships between children and their parents and caregivers	International
Organisation mondiale de la Santé ¹⁵	Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain : résumé	International

Annexe C : Indicateurs et outils de mesure du parentage

Auteur/source	Indicateur/outil de mesure	Étude mentionnant l'indicateur
Goldberg et Williams 1988 ⁹⁴	Parenting Scale (PS)	Heinrichs 2014 et coll. ⁶³ Lo 2021 ⁷⁰ Naumann et coll. 2010 ⁹³
Lindberg et coll. 2013 ¹⁰³	Parenting Self-Efficacy Scale (PSE)	Ruiz-Zaldibar et coll. 2018 ¹⁹ Enebrink 2015 ⁷⁶
Gilmore 2009 ¹⁰⁴	Parenting Sense of Competence Scale (PSOC)	Heinrichs et coll. 2014 ⁶³ Brown et coll. 2018 ³² Enebrink 2015 ⁷⁶ Strickland et Samp 2013 ⁶⁶
Abidin 1990 ⁴¹	Parenting Stress Index (PSI)	Porzig-Drummon 2014 ⁹⁰
Heinrichs 2014 ⁶³	Positive Parenting Questionnaire (PPQ)	Heinrichs et coll. 2014 ⁶³
Dadds et Powell 1991 ⁵¹	Parent Problem Checklist (PPC)	Heinrichs et coll. 2014 ⁶³
Bavolek et Keene, 1999 ¹¹⁸	Adult Adolescent Parenting Inventory: Form A (AAPI-2;)	Strickland et Samp 2013 ⁶⁶
Hakim-Larson et coll. 2006 ⁶⁷	Emotion-Related Parenting Styles Self-Test (ERPS-ST)	Porzig-Drummond 2014 ⁹⁰
Brestan et coll. 1999 ¹¹⁹	Therapy Attitude Inventory	Porzig-Drummond 2014 ⁹⁰
Kendall et Bloomfield 2005 ⁶⁰	Tool to measure Parenting Self-Efficacy (TOPSE)	Enebrink 2015 ⁷⁶ Ruiz-Zaldibar et coll. 2021 ⁵⁹
Gross et John 2003 ¹²⁰	The Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) - parental emotion regulation	Enebrink 2015 ⁷⁶

Auteur/source	Indicateur/outil de mesure	Étude mentionnant l'indicateur
Trute et Hiebert-Murphy 2005 ¹²¹	Parenting Morale Index	Johnston et coll. 2017 ⁷⁸
Benzies et coll. 2014 ⁶⁸	Upstart Parent Survey	Johnston et coll. 2017 ⁷⁸
Stone et Burgess 2017 ⁹¹	'A Good Start' Well-being Web (GSW)	Stone et Burgess 2017 ⁹¹
Pridham et Chang, 1991 ⁶⁹	How I Deal with Problems Regarding Care of My Baby (PPS) scale	Brown et coll. 2018 ³²
Pridham et Chang, 1989 ¹⁰⁵	What Being the Parent of a Baby is Like-Revised (WPBL-R) scale	Brown et coll. 2018 ³²
Condon et Corkindale 1998 ¹⁰²	Maternal postnatal attachment scale (MPAS); subscales = quality of attachment, pleasure in interaction, absence of hostility Subscales = interest, efficacy, satisfaction	O'Neill 2018 et coll. ⁸⁸
Gerris et coll. 1993 ¹²²	Nijmegen Parenting Questionnaire	Ruiz-Zaldibar et coll. 2018 ¹⁹
Slater 1987 ¹²³	Parenting Dimensions Inventory	Ruiz-Zaldibar et coll. 2018 ¹⁹
Kennett et Chislett 2012 ¹²⁴	Parenting Resourcefulness Scale	Ruiz-Zaldibar et coll. 2018 ¹⁹
Chislett et Kennett 2007 ⁵⁴	Parent Child Interaction Scale	Ruiz-Zaldibar et coll. 2018 ¹⁹
Dumka et coll. 1986 ¹²⁵	Parenting Self-Agency Measure	Ruiz-Zaldibar et coll. 2018 ¹⁹
Down et coll. 2014 ⁵⁷	Parental Responsiveness Rating Scale (PaRRiS)	Levickis et coll. 2020 ⁹²
Haines et coll. 2016 ¹²⁶	Parenting Questionnaire (General)	Ruiz-Zaldibar et coll. 2018 ¹⁹
Hamilton et coll. 2015 ⁶⁴	Me as a Parent' Scale (Parenting self-regulation)	Jose et coll. 2019 ⁷⁹
MacCoby et Martin 1983 ¹²⁷	Escala de Evaluacion de Estilos Educativos (4Er)- measurement of parenting styles (authoritative, authoritarian, permissive, or negligent)	Ruiz-Zaldibar et coll. 2021 ⁵⁹

Auteur/source	Indicateur/outil de mesure	Étude mentionnant l'indicateur
Willis 2022 ⁵⁶	Early Relational Health Screen (ERHS)	Rosenblum et coll. 2022 ⁶⁵
Anikiej et Kazmierczak 2019 ¹²⁸	Parent responsiveness/sensitivity (Global Rating Scale)	Sharma et coll. 2022 ⁸⁰
Havighurst et coll. 2010 ⁷⁷	Parent Emotional Style Questionnaire (PESQ)	Havighurst et coll. 2022 ⁷⁷
Fabes et coll. 1990 ⁴⁶	Coping with Toddlers Negative Emotions Scale (CTNES)	Havighurst et coll. 2022 ⁷⁷
Christensen 1987 ¹³⁰	Communication Patterns Questionnaire - measure of couple communication behavior	Kim et coll. 2017 ³¹
Sharpley et Rogers 1984 ¹³¹	Abbreviated Dyadic Adjustment Scale (ADAS) – 7 item measure designed to assess the relationship quality of intact couples	Heinrichs et coll. 2014 ⁶³
Goldberg et Williams 1988 ⁹⁴	Cultural Fitness and Usefulness Index	Heinrichs et coll. 2014 ⁶³ Lo 2021 ⁷⁰ Naumann et coll. 2010 ⁹³

Annexe D : Outils de mesure par domaine

Tableau D1 : santé mentale des parents

Auteur	Outil de mesure	Étude mentionnant l'indicateur
Lovibond et Lovibond 1995 ³⁹	Depression Anxiety Stress Scale (DASS)	Porzig-Drummond et coll. 2014 ⁹⁰
Thomas et coll. 2006 ⁶²	Life Satisfaction Scale (LSS)	Heinrichs et coll. 2014 ⁶³
Goldberg et coll. 1988 ⁹⁴	The General Health Questionnaire (GHQ12) - parental mental health	Enebrink et coll. 2015 ⁷⁶
Cox et coll. 1987 ⁴⁰	Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS)	Johnston et coll. 2017 ⁷⁸
Cohen, Kamarck, et Mermelstein 1983 ⁸⁴	Perceived Stress Scale	Johnston et coll. 2017 ⁷⁸
Spielberger et Gorsuch 1970 ¹³²	Spielberger State-Trait Anxiety Scale	Johnston et coll. 2017 ⁷⁸
Kroenke et coll. 2001 ¹³³	Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	Rosenblum et coll. 2022 ⁶⁵
Spitzer et coll. 2006 ¹³⁴	Anxiety (Generalized Anxiety Disorder 7)	Sharma et coll. 2022 ⁸⁰

Tableau D2 : santé infantile

Auteur	Outil de mesure	Étude mentionnant l'indicateur
Achenbach 1991 ¹³⁵	Child Behavior Checklist (CBCL)	Heinrichs et coll. 2014 ⁶³
Döpfner et Lehmkuhl 2000 ⁸⁷	Problem Checklist Subscales Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (PCL-ADHD) and Oppositional Defiant Disorder (PCL-OD PCL-ADHD D)	Heinrichs et coll. 2014 ⁶³

Auteur	Outil de mesure	Étude mentionnant l'indicateur
Sanders et coll. 2000 ²⁴	Problem Setting and Behavior Checklist (PSBC)	Heinrichs et coll. 2014 ⁶³
Briggs-Gowan et Carter 2004 ⁴⁵	Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (BITSEA)	Havinghurst et coll. 2022 ⁷⁷
LeBuffe et Naglieri 1999 ¹³⁶	Devereux Early Childhood Assessment (DECA)	Kaminski et coll. 2013 ²⁹
Goodman 1997 ⁴³	Questionnaire sur les points forts et les points faibles (SDQ)	Kaminski et coll. 2013 ²⁹
Eyberg et Pincus 1999 ⁴⁹	Eyberg Child Behaviour Inventory (ECBI)	Porzig-Drummond et coll. 2014 ⁹⁰ Porzig-Drummond et coll. 2016 ⁹⁰
KIDSCREEN ⁴²	Questionnaire sur la santé et le développement de l'enfant	Enebrink et coll. 2015 ⁷⁶
Birch et coll. 1998 ¹³⁷	Child feeding questionnaire	Ruiz-Zaldibar et coll. 2018 ¹⁹
Haines et coll. 2016 ¹²⁶	Toddler Care Questionnaire	Ruiz-Zaldibar et coll. 2018 ¹⁹
Musher-Eizenman et Holub 2007 ¹³⁸	Comprehensive Feeding Practice Questionnaire (CFPQ)	Ruiz-Zaldibar et coll. 2021 ⁵⁹
Fullard et coll. 1984 ⁴⁷	Toddler Temperament Scale (TTS)	Havinghurst et coll. 2022 ⁷⁷

Tableau D3 : indicateurs de la santé infantile

Indicateurs	Étude mentionnant l'indicateur
Données du CPS (cas documentés)	Lo 2021 ⁷⁰
Admissions aux urgences ou à l'hôpital (code ICD-9 signalant la violence physique et la négligence)	Lo 2021 ⁷⁰

Tableau D4 : Environnement/communauté

Auteur	Outil de mesure	Nombre d'études mentionnant l'outil
Barkley et Edelbrock 1987 ¹³⁹	Home Situation Questionnaire (HSQ)	Heinrichs et coll. 2014 ⁶³
Caldwell et Bradley 2003 ¹⁴⁰	Home Observation for Measurement of Environment	Dishion 2015 ³⁰
Rutter et Quinton 1977 ¹⁴¹	Family Adversity Index	Dishion 2015 ³⁰
Sherbourne et Stewart 1991 ⁷⁵	MOS (Medical Outcomes Study) Social Support Survey	Johnston 2017 ⁷⁸
Broadhead et coll. 1988 ⁷⁴	Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire	Ruiz-Zaldibar et coll. 2018 ¹⁹
Revenson et Schiaffino 1990 ⁷³	Social Support Measure	Brown 2018 ³²

Tableau D5 : indicateurs environnementaux/communautaires

Indicateurs	Étude mentionnant l'indicateur
Recevoir l'aide des voisins, engagement plus marqué dans les activités locales, perception de sécurité des enfants à la maison	Lo 2021 ⁷⁰
Perception de responsabilité des adultes en matière de prévention de l'abus sexuel infantile	Lo 2021 ⁷⁰
Participation des membres de la communauté	Lo 2021 ⁷⁰
Partenariats avec les institutions communautaires	Lo 2021 ⁷⁰
Collaboration pluridisciplinaire	Lo 2021 ⁷⁰
Réceptivité aux besoins des communautés	Lo 2021 ⁷⁰

Santé publique Ontario

661, avenue University, bureau 1701

Toronto (Ontario)

M5G 1M1

416.235.6556

communications@oahpp.ca

santepubliqueontario.ca

Ontario 