

ANALYSE ENVIRONNEMENTALE

Priorisation des indicateurs de parentage pour les bureaux de santé publique de l'Ontario

Date de publication : Juin 2026

Principales constatations

- Les bureaux de santé publique (BSP) de l'Ontario doivent recueillir des données à l'échelle locale sur les parents et les familles pour évaluer les besoins au sein de la collectivité. S'appuyant sur une [étude exploratoire de PHO](#) précédemment réalisée sur les outils et cadres de mesure du parentage, cette analyse environnementale axée sur la priorisation cerne les indicateurs liés au parentage qui sont pertinents pour les BSP.
- Dans l'ensemble, l'analyse environnementale a mis en lumière la disponibilité limitée de données à l'échelle de la population sur le parentage et la santé relationnelle précoce. Les BSP évaluent divers aspects de la santé mentale des parents et des liens d'attachement parent-enfant avec une grande constance, bien que le nombre et le type de domaines et d'indicateurs liés au parentage varient d'un BSP à l'autre.
- Les BSP ont mentionné que le manque d'outils normalisés et l'inaccessibilité de l'infrastructure de données nuisaient fortement à l'élaboration d'indicateurs comparables et applicables en matière de parentage. Ils font état d'enjeux comme la collecte inégale de données, la capacité limitée de la main-d'œuvre et l'inaccessibilité des données du programme Bébés en santé, enfants en santé (BSES), qui empêchent l'agrégation des données et la production de rapports provinciaux, malgré l'utilisation répandue de certains outils.
- Un ensemble pratique de 12 indicateurs prioritaires a été dégagé, la santé mentale prénatale se situant au premier rang, mais l'inclusivité culturelle est demeurée une importante lacune. Les indicateurs de la santé de la population tirés du Registre et réseau des bons résultats dès la naissance (BORN), de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ont été priorisés en raison des scores élevés qu'ils ont obtenus sur le plan de l'importance, de l'applicabilité et de la disponibilité des données à l'échelle des BSP. Ces 12 indicateurs couvrent six domaines clés du parentage et de la santé relationnelle précoce.

Contexte

Il est primordial d'offrir du soutien aux parents et aux jeunes familles pour favoriser la croissance et le développement sains de la population tout au long de la vie, et il s'agit d'une responsabilité qui incombe aux agences locales de santé publique. Les bureaux de santé publique (BSP) en Ontario sont tenus d'encourager le « parentage positif » au sein des collectivités qu'elles servent, comme le prévoient les lignes directrices de 2018 concernant la croissance et le développement sains tirées des Normes de santé publique de l'Ontario (NSPO)¹. Il n'existe toutefois aucun ensemble normalisé d'indicateurs de

parentage à l'échelle de la population régulièrement qui soit utilisé par les BSP pour déterminer les besoins de leur collectivité en matière de soutiens associés au parentage. L'évaluation et la surveillance de la population constituent une norme de base des NSPO², mais il n'y a que peu de sources de données recueillies de façon systématique pour les programmes de croissance et de développement sains (CDS) des BSP. Par conséquent, les BSP ont eu recours à leurs propres ressources et capacités pour cerner, recueillir et analyser des données sur le parentage.

Bien que le terme « parentage » ait traditionnellement été utilisé pour décrire les comportements et pratiques des personnes qui s'occupent des enfants, il peut involontairement faire porter aux seuls parents la responsabilité et la pression liées à la santé et au bien-être des enfants, et renforcer l'idée d'une relation unidirectionnelle du parent vers l'enfant. Au cours des dernières années, ce terme a graduellement été remplacé par une nouvelle expression, soit la *santé relationnelle précoce (SRP)*, qui élargit la perspective en intégrant les interactions dynamiques réciproques entre les enfants et leurs parents ou les personnes qui s'en occupent, et les soutiens communautaires et les milieux qui favorisent un développement sain³. Cette expression plus large permet aussi de mettre l'accent sur les forces relationnelles plutôt que sur les lacunes, et fait ressortir l'importance des systèmes socioécologiques qui façonnent les expériences tôt dans la vie et sont essentiels pour l'ensemble des programmes de santé et de bien-être de l'enfant⁴. Bien que la SRP concerne avant tout les enfants de la naissance à 6 ans, la portée de ce travail a été élargie pour inclure des indicateurs de parentage couvrant la période prénatale et toute la période de l'enfance, reflétant ainsi le champ d'application de nombreux programmes des BSP et la fourchette d'âge visée par les enquêtes sur la santé de la population.

De plus, cette terminologie correspond à un changement de paradigme en cours en pédiatrie et en santé publique, qui fait en sorte qu'on reconnaît de plus en plus la santé relationnelle comme une nécessité biologique aux fins du développement durant toute la vie et comme un facteur clé qui influence l'adversité tout au long de l'existence^{5,6}. Bien que les BSP soient favorables à cette nouvelle expression, le terme *parentage* a été utilisé dans le premier volet de ce projet. Ainsi, dans le cadre de ce rapport et pour demeurer en phase avec les NSPO actuelles, le terme « parentage » a été utilisé à des fins d'uniformité. Toutefois, comme il a été mentionné, l'expression « SRP » est susceptible d'être adoptée lors des travaux à venir dans le domaine de la santé publique.

Ce projet avait pour but de comprendre quels indicateurs de parentage sont actuellement utilisés en santé publique dans les 29 BSP de l'Ontario pour l'évaluation et la surveillance de la population, ainsi que pour la planification et l'évaluation des programmes. Ces travaux viennent s'ajouter à un rapport précédemment publié par Santé publique Ontario (SPO) intitulé [Outils et cadres de mesure du parentage : étude exploratoire](#)⁷. Cette étude visait à recenser les concepts communs aux cadres et outils de mesure universels en santé publique portant sur le parentage positif pour les familles ayant de jeunes enfants, qui sont publiés dans la littérature évaluée par les pairs et la littérature grise.

Trois objectifs ont été établis pour ce projet :

1. Dresser une liste exhaustive des indicateurs de parentage actuellement utilisés dans les bureaux de santé publique en Ontario.
2. Mettre en évidence les lacunes dans les données liées à des domaines importants du parentage et les indicateurs qui ne sont pas pris en compte dans le cadre de la collecte systématique de données.
3. Prioriser un ensemble d'indicateurs de parentage de base pour la santé publique.

Méthodologies

Nous avons eu recours à un processus de détermination et de priorisation des indicateurs en trois étapes. Lors de la première étape, les BSP ont répondu à un sondage structuré. La deuxième étape comprenait de vastes consultations auprès de la communauté de pratique ontarienne sur le parentage, composée principalement de membres du personnel des programmes de CDS dans les BSP, afin de mettre en contexte les résultats du sondage et dresser une liste exhaustive des indicateurs de parentage pour l'Ontario. La troisième étape comportait une activité de priorisation menée par la communauté de pratique pour finaliser l'établissement des principaux indicateurs dans tous les domaines.

1^{re} étape : Analyse environnementale

Un sondage pour recueillir les données des BSP sur les indicateurs de parentage actuels a été élaboré sur la plateforme Qualtrics™ et administré en septembre et octobre 2025. Le questionnaire était divisé en trois sections : 1) information générale, 2) utilisation d'indicateurs de parentage et 3) lacunes et besoins. Dans la première section, les répondants devaient fournir le nom du BSP et celui du programme pour lequel ils remplissaient le sondage (p. ex., CDS, Bébés en santé, enfants en santé (BSES) ou évaluation et surveillance de la population) et répondre à la question dichotomique (oui ou non) cherchant à savoir si le BSP utilisait des indicateurs de parentage. La deuxième section invitait les BSP à indiquer les domaines du parentage pour lesquels ils disposaient de données (voir l'annexe pour consulter le tableau des descriptions des domaines de parentage). Pour chaque domaine nommé, les répondants devaient ensuite indiquer quels outils, échelles ou instruments ils utilisaient pour évaluer le domaine, ainsi que le(s) groupe(s) d'âge des enfants auxquels ils s'appliquaient (p. ex., 0 à 2 ans, 3 à 6 ans). Les BSP avaient aussi la possibilité de téléverser des sondages ou des outils d'évaluation liés au parentage élaborés par leur bureau de santé qui n'étaient pas accessibles au public. La troisième section comportait trois questions sur les lacunes et les besoins au sein des BSP, soit : 1) *À votre avis, dans quelle mesure les indicateurs de parentage dont dispose actuellement votre bureau de santé reflètent-ils adéquatement les besoins de votre population?* (en utilisant une échelle allant de « pas du tout » à « complètement »), 2) *Y a-t-il des domaines du parentage que vous aimeriez évaluer, mais pour lesquels vous ne disposez pas actuellement d'indicateurs ou d'outils appropriés?* (dans l'affirmative, les répondants devaient les indiquer dans une boîte de texte libre) et 3) *À quels enjeux faites-vous face lorsque vous utilisez des indicateurs de parentage dans le cadre de votre pratique?* Les répondants avaient une liste d'options et pouvaient cocher toutes celles qui s'appliquaient, y compris le manque d'outils validés et les pratiques inégales de collecte de données.

Les BSP devaient présenter les indicateurs selon les domaines de parentage indiqués a priori lors d'une étude exploratoire des outils et cadres de mesure existants en matière de parentage⁷. Divers domaines incluant la santé mentale des parents, l'interaction parent-enfant, l'attachement ou le lien affectif, le fonctionnement du coparentage ou de la famille, la confiance ou l'autoefficacité parentales ainsi que les compétences et comportements parentaux ont été dégagés à partir des données probantes existantes. Un indicateur de parentage a été défini comme « toute mesure ou valeur utilisée pour présenter un aspect particulier du parentage » qui peut être tirée de diverses sources de données, comme des questionnaires répondus par les parents, des outils de dépistage ou d'évaluation normalisés assortis d'un système de pointage validé, des grilles d'observation utilisées par les intervenants lors des visites à domicile ou dans le cadre de programmes, ou encore des données administratives, notamment celles liées aux aiguillages, à la participation ou à l'inscription aux programmes.

Chaque BSP pouvait répondre à plusieurs questionnaires, principalement s'ils les remplissaient en fonction de différentes normes de programmes (p. ex., CDS, BSES, évaluation et surveillance de la population). Un inventaire des indicateurs recensés a été compilé par domaines, outils de mesure et sources de données. Les données ont été analysées à l'aide de graphiques à barres descriptifs illustrant

la proportion de BSP recensant des indicateurs et des outils de mesure pour chaque domaine de parentage et pour chaque question de la troisième section.

2^e étape : Consultation d'experts en santé publique

Une communauté de pratique provinciale sur le parentage, composée de 64 professionnels de la santé publique provenant de 25 BSP, a fourni une expertise en santé publique sur le parentage en vue de peaufiner les indicateurs issus du sondage de l'analyse environnementale. Le but de la communauté de pratique est de réunir les BSP de l'Ontario et les amener à collaborer et à échanger des pratiques exemplaires aux fins de la promotion et de la prestation de services liés au parentage positif. Un des principaux objectifs de cette communauté consistait à collaborer à l'élaboration d'indicateurs de parentage provinciaux et aux activités qui y sont associées (Parenting CoP Terms of Reference, document interne non publié). La communauté de pratique se réunit tous les deux mois, et des rencontres additionnelles ont eu lieu en février et mars 2026.

Une fois les données du sondage recueillies, un tableur a été distribué aux membres de la communauté de pratique afin qu'ils passent en revue les indicateurs provisoires. Les résultats du sondage ont été présentés aux membres lors d'une réunion régulière de la communauté de pratique, qui ont évalué ce qui suit :

- la pertinence conceptuelle des indicateurs pour le parentage;
- l'accessibilité des données dans les bureaux de santé;
- les occasions de clarifier les domaines et d'ajouter des sous-domaines;
- la faisabilité de produire des indicateurs à l'échelle de la population ou des programmes, ou aux fins d'évaluation;
- l'harmonisation possible avec les cadres pertinents⁸.

Les discussions se sont articulées autour du tableur des indicateurs provisoires, qui structurait les données par domaines, outils de mesure, types d'indicateur (population, programmes et évaluation) et sources de données. Les indicateurs pour lesquels il n'y avait pas suffisamment de données accessibles, qui étaient trop subjectifs, demandaient une formation spécialisée ou n'étaient pas transposables dans tous les bureaux de santé ont été cernés aux fins d'exclusion. À l'inverse, les indicateurs soutenus par des sources de données fiables à l'échelle de la population ont été retenus et priorisés.

Élaboration parallèle d'indicateurs relatifs à l'adversité et à la résilience précoces pour l'Ontario

La dernière source ayant contribué à identifier les indicateurs était le groupe de travail sur les indicateurs des expériences négatives et de la résilience de l'enfance (Adverse Childhood Experiences and Resilience Indicator Working Group) de l'Association of Public Health Epidemiologists in Ontario (GT ACER APHEO), qui a œuvré parallèlement à cerner des indicateurs destinés à être transposés dans le [cadre ontarien sur l'adversité et la résilience précoces](#) (cadre OEAR) (en anglais)⁸. Le cadre OEAR présentait quatre domaines d'intérêt, dont « Parentage et prestation de soins sensibles et sécuritaires sur le plan culturel ». Pour réduire les doublons et harmoniser les deux projets de données, tous les indicateurs élaborés par le groupe de travail de l'APHEO ont été intégrés à la liste du projet des indicateurs de parentage dressée aux fins de priorisation.

3^e étape : Priorisation

Les membres de la communauté de pratique ont évalué chaque indicateur lors d'une activité de priorisation en direct effectuée à l'aide de Mentimeter™, en utilisant des critères de reddition de

comptes fondée sur les résultats⁹ déjà établis dans divers secteurs de la santé publique^{10,11}. Ces critères comprenaient la communicabilité, l'importance/le pouvoir de substitution, la puissance des données, l'applicabilité et l'inclusivité culturelle. La communicabilité correspondait à la facilité avec laquelle l'indicateur pouvait être compris par différents publics (p. ex., médecins-hygiénistes, conseils de santé, partenaires communautaires); l'importance/le pouvoir de substitution indiquait la mesure dans laquelle l'indicateur reflétait un aspect clé du parentage et de la santé relationnelle précoce; la puissance des données se rapportait à la qualité, à la disponibilité, à la fiabilité, à l'actualité et à la couverture des données dans l'ensemble des BSP; l'applicabilité désignait la mesure dans laquelle les BSP pouvaient influencer les changements en fonction de l'indicateur; et l'inclusivité culturelle correspondait à la mesure dans laquelle l'indicateur était sensible sur le plan culturel et empêchait les interprétations erronées dans les collectivités diversifiées. Chaque indicateur a été évalué en fonction de chacun de ces critères sur une échelle de 1 à 5 (de « fortement en désaccord » à « fortement d'accord »). Une note moyenne a ensuite été calculée pour l'ensemble des cinq critères, puis les indicateurs ont été classés par ordre décroissant, d'abord globalement, puis par domaine, afin de garantir que le plus grand nombre possible de domaines soit représentés.

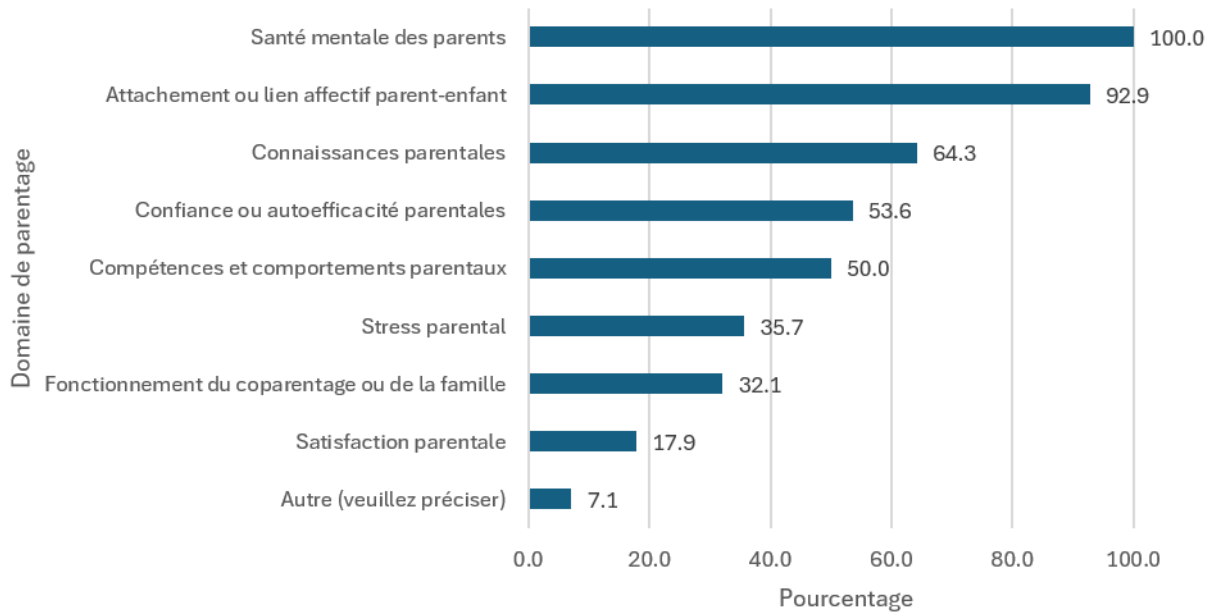
Résultats

1^{re} étape : Analyse environnementale

Le taux de réponse des BSP a atteint 100 %, 20 BSP ayant répondu à un sondage, tandis que 9 BSP en ont renvoyé au moins deux, pour un total de 40 sondages remplis. Les sondages répondus seulement en partie ont été exclus. Tous les BSP (28) sauf un utilisaient des indicateurs de parentage. Le sondage a principalement été répondu par les représentants des services de croissance et développement sains (27 BSP sur 29) et les équipes du programme Bébés en santé, enfants en santé (BSES) (17 BSP sur 29). Dans deux BSP, seules les équipes du programme BSES ont répondu au sondage, alors que dans six BSP, les équipes des services d'évaluation et de surveillance de la population y ont répondu.

Le nombre moyen de domaines de parentage déclarés par les BSP était de 4,3, dans une fourchette de 1 à 8. La figure 1 présente la distribution des indicateurs de parentage déclarés par domaine; 100 % des BSP ont mentionné la santé mentale des parents et 92,9 % l'attachement ou le lien affectif parent-enfant (figure 1). Deux BSP (7,1 %) ont mentionné d'autres domaines, y compris « alimentation des nourrissons » et « déterminants sociaux de la santé ».

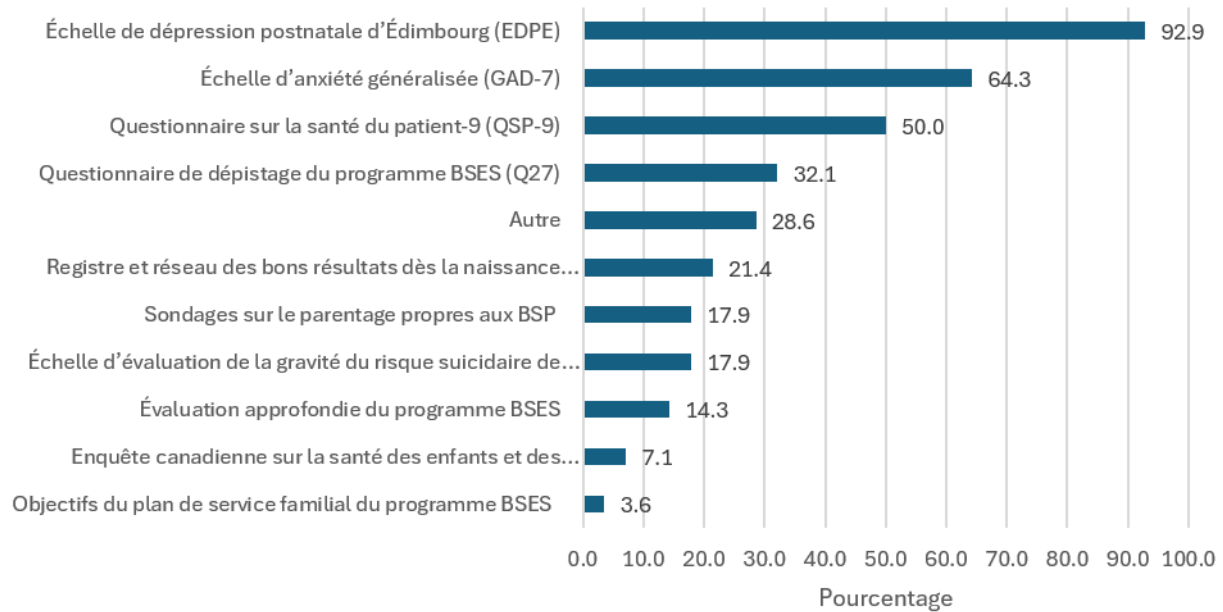
Figure 1 : Pourcentage des BSP mentionnant ces domaines de parentage



Indicateurs de la santé mentale des parents (N = 28)

Huit outils de mesure normalisés pour évaluer la santé mentale des parents ont été déclarés par au moins un BSP (figure 2). Dans l'ensemble, 92,9 % des BSP utilisaient l'Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EDPE)¹², 64,3 % avaient recours à l'échelle d'anxiété généralisée-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) (GAD-7)¹³, et 50 % utilisaient le Questionnaire sur la santé du patient-9 (QSP-9)¹⁴. Plusieurs BSP ont déclaré se servir des trois outils. Même s'il s'agit d'outils d'autoévaluation normalisés, plusieurs BSP ont décrit la collecte des données comme une « évaluation clinique effectuée par le personnel », indiquant ainsi que les outils ont été utilisés dans le cadre de la prestation de services individuels aux clients comme le programme BSES ou les services de santé mentale périnatale. Cinq BSP (17,9 %) ont déclaré utiliser leur propre questionnaire, huit (28,6 %) ont mentionné d'autres outils de mesure (p. ex., le Sondage auprès des parents de l'Ontario¹⁵, l'échelle Loneliness Social Isolations Scale¹⁶, les snapshots de SPO¹⁷), 32,1 % ont indiqué avoir utilisé la question 27 du questionnaire de dépistage du programme BSES (« antécédents de dépression, d'anxiété ou d'autres maladies mentales? »). Seulement deux BSP ont déclaré utiliser la question d'autoévaluation sur la santé mentale des parents dans l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) qui se lit comme suit : « En général, comment est votre santé mentale? Diriez-vous : Excellente, Très bonne, Bonne, Passable, Mauvaise? »¹⁸.

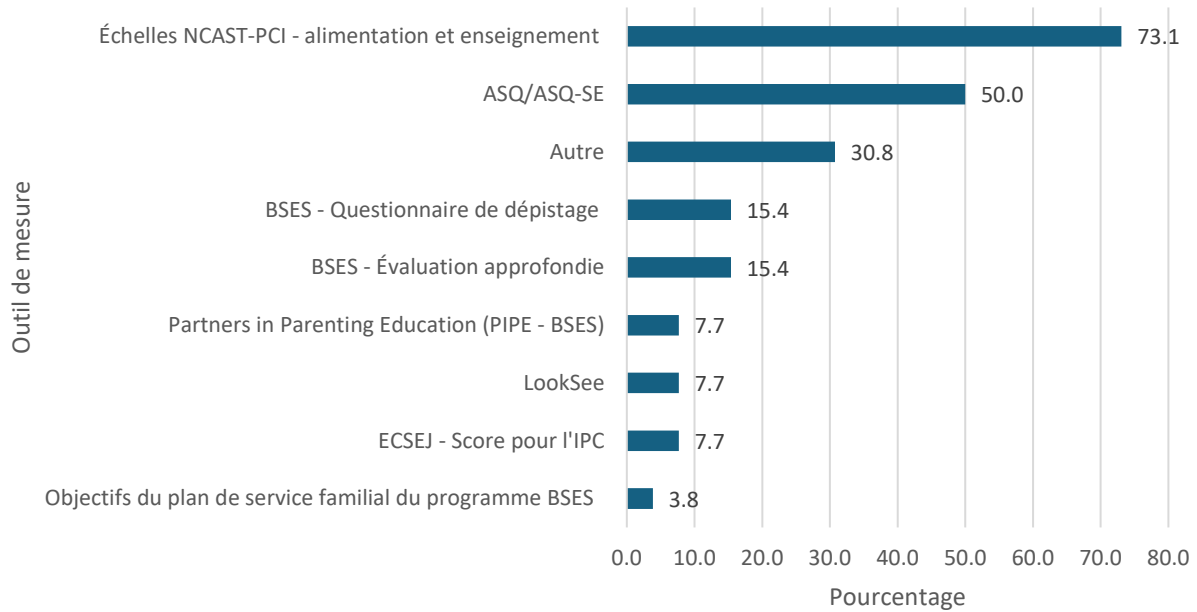
Figure 2 : Types d'outils de mesure ou de données utilisés pour évaluer la santé mentale des parents



Attachement ou lien affectif parent-enfant (N = 26)

Le deuxième domaine de parentage le plus souvent mentionné est l'attachement ou lien affectif parent-enfant, probablement en raison du recours généralisé aux échelles Parent-Child Interaction (PCI) Feeding and Teaching Scales de la Nursing Child Assessment Satellite Training (NCAST)¹⁹, qui sont utilisées dans le programme BSES autorisé (figure 3). De la même façon, 50 % des BSP ont déclaré recourir au Questionnaire sur les étapes du développement (QED)²⁰ pour évaluer l'attachement ou le lien affectif, un outil habituellement utilisé pour dépister le retard de développement. Le seul indicateur représentatif à l'échelle de la population, qui a été mentionné par deux BSP, était le score de l'interaction parent-enfant de l'ECSEJ.

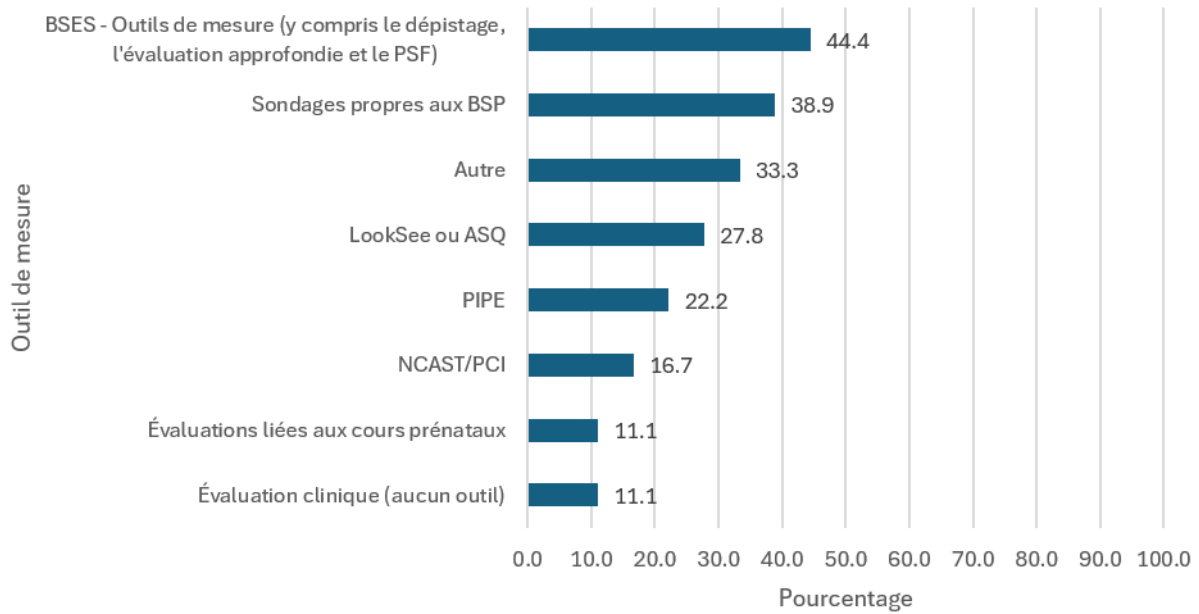
Figure 3 : Types d'outils de mesure ou de données utilisés pour évaluer l'attachement ou le lien affectif parent-enfant



Connaissances parentales (N = 18)

Pour évaluer les connaissances parentales, 44,4 % des BSP avaient recours aux outils d'évaluation du programme BSES, tandis que 38,9 % utilisaient leurs propres sondages conçus pour répondre à leurs besoins à l'échelle locale (figure 4). Plusieurs BSP ont aussi indiqué qu'ils utilisaient des questionnaires administrés avant et après les programmes d'éducation prénatale (en ligne ou en personne) pour mesurer les progrès sur le plan des connaissances parentales qui pourraient servir aux fins d'évaluation. D'autres ont mentionné faire appel à des évaluations cliniques (p. ex., QED, NCAST-PCI) pour mesurer les connaissances parentales; toutefois, comme c'est le cas pour l'attachement parent-enfant, ces données sont souvent recueillies auprès de populations ciblées dans le cadre du programme BSES.

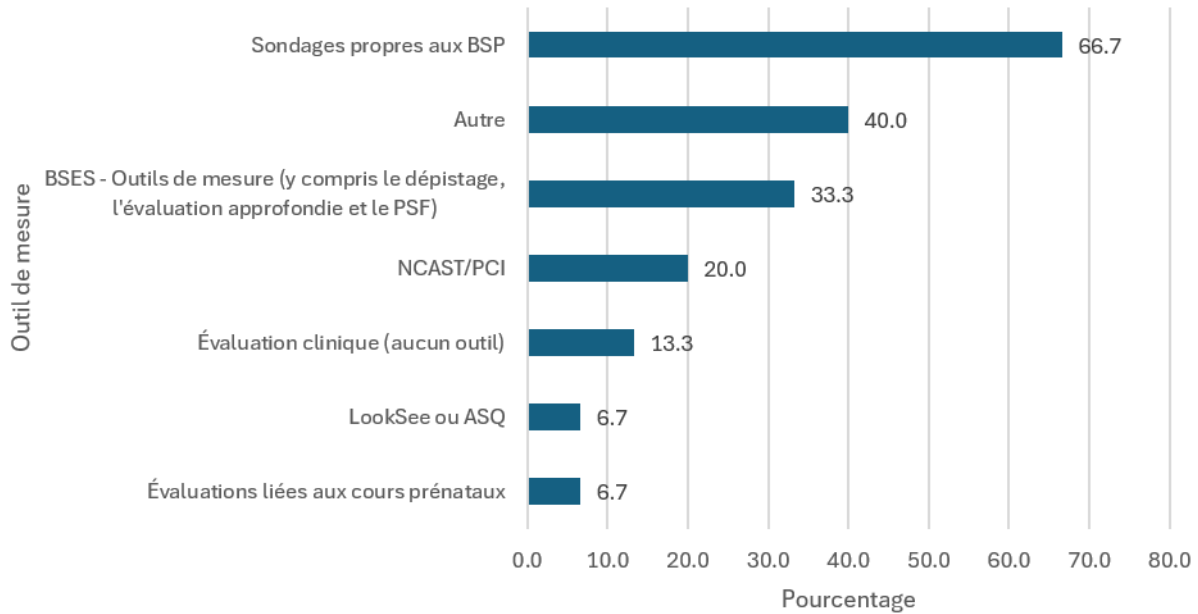
Figure 4 : Types d'outils de mesure ou de données utilisés pour évaluer les connaissances parentales



Confiance ou autoefficacité parentales (N = 15)

Quinze BSP ont déclaré évaluer la confiance ou l'autoefficacité parentales, principalement à l'aide de questionnaires propres à leur BSP (66,7 %). La plupart des autres outils de mesure mentionnés étaient des évaluations au titre du programme BSES, comme l'évaluation approfondie de BSES et les échelles NCAST-PCI. Aucune source de données recueillies systématiquement, représentatives et accessibles à l'échelle provinciale n'a été mentionnée pour la confiance ou l'autoefficacité parentales.

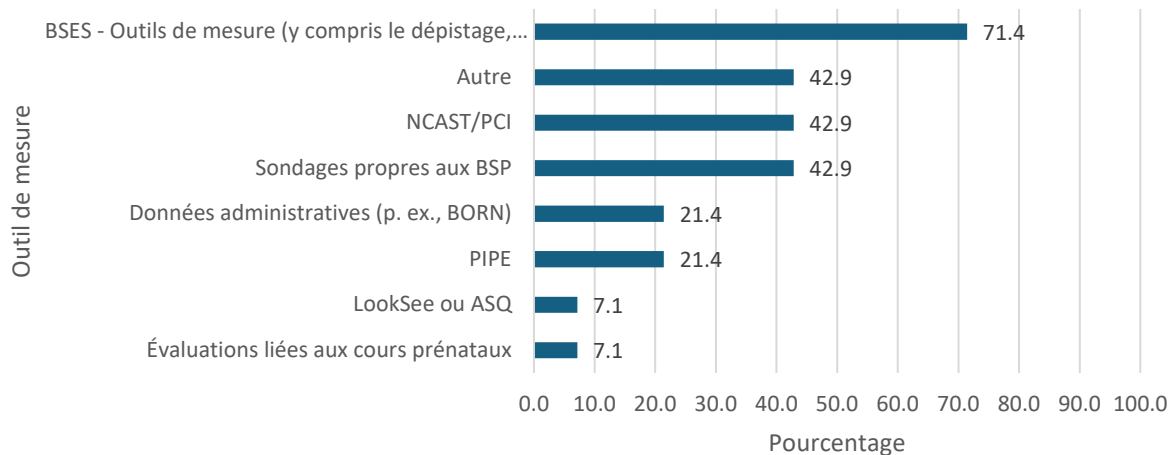
Figure 5 : Types d’outils de mesure ou de données utilisés pour évaluer la confiance ou l’autoefficacité parentales



Compétences et comportements parentaux (N = 14)

Les compétences et comportements parentaux étaient évalués par 14 BPS, le plus souvent dans le cadre du programme BSES et à l’aide de questionnaires propres aux BPS (figure 6). Les autres sources de données comprenaient des outils de dépistage développemental (p. ex., Looksee²¹, QED), et des évaluations liées aux cours prénataux. La majorité des outils d’évaluation pour ce domaine sont remplis par des infirmières en santé publique dans le cadre d’évaluations cliniques.

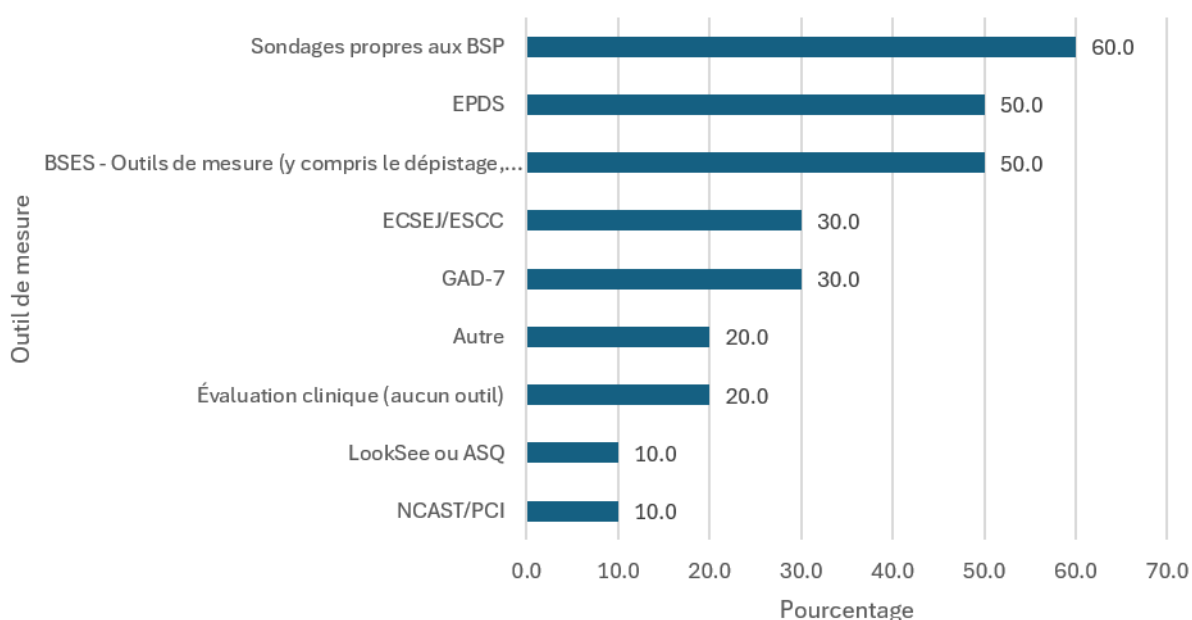
Figure 6 : Types d’outils de mesure ou de données utilisés pour évaluer les compétences et comportements parentaux



Stress parental ou lié au parentage (N = 10)

Bien que le stress parental ou lié au parentage puisse également être évalué dans le domaine de la santé mentale et du bien-être des parents, certains bureaux de santé ont mentionné que ce type de stress est un élément important et complexe du parentage qui mériterait son propre domaine. Toutefois, la plupart des outils de mesure étaient similaires à ceux mentionnés dans le domaine de la santé mentale parentale. Seulement trois BSP ont déclaré utiliser la question d'autoévaluation sur le stress perçu dans la vie de l'ECSEJ pour les parents et les personnes qui s'occupent d'enfants, qui est représentative (figure 7).

Figure 7 : Types d'outils de mesure ou de données utilisés pour évaluer le stress parental ou lié au parentage



Fonctionnement du coparentage ou de la famille (N = 9)

Seulement neuf BSP ont indiqué qu'ils avaient recours à des outils de mesure ou à des indicateurs du fonctionnement du coparentage ou de la famille; de ce nombre, 77,8 % ont déclaré utiliser les outils d'évaluation du programme BSES, 55,6 % ont indiqué se servir de divers autres outils, 44,4 % ont mentionné obtenir ce type de données à l'aide de questionnaires propres à leur BSP et 33,3 % ont dit avoir utilisé la version de 2023 de l'ECSEJ qui comportait un module consacré au fonctionnement de la famille.

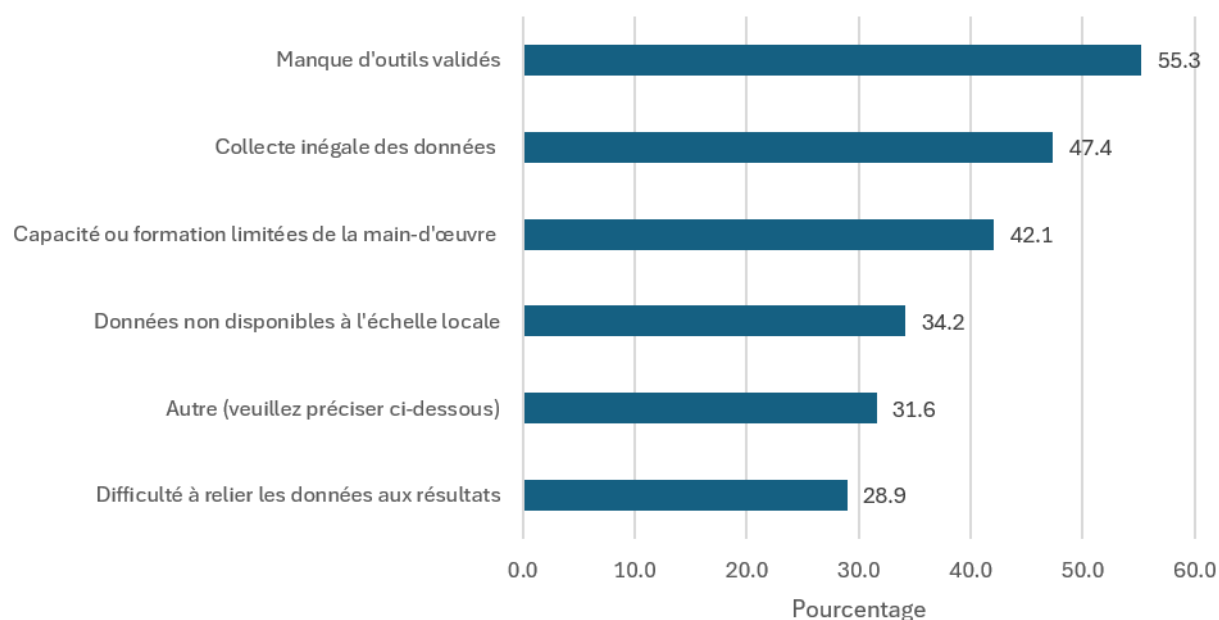
Satisfaction parentale (N = 5)

Le domaine de la satisfaction parentale a été mentionné par cinq BSP; deux d'entre eux ont déclaré utiliser l'évaluation approfondie du programme BSES, alors que trois ont mentionné se servir de questionnaires propres à leur BSP administrés au terme de divers programmes ou ateliers. Il est nécessaire de bien saisir le concept de satisfaction parentale ainsi que la façon dont il est associé à la confiance et à l'autoefficacité parentales pour déterminer clairement comment le mesurer de façon appropriée dans le cadre de l'évaluation et de la surveillance de la population.

Défis et besoins

Il a été demandé aux BSP d'évaluer dans quelle mesure leurs indicateurs de parentage actuels étaient adéquats. Alors que 36,8 % ont indiqué qu'ils étaient « quelque peu » adéquats et 10,5 % « en grande partie » adéquats, 34,2 % ont répondu « un peu » et 18,4 % « pas du tout » adéquats. Aucun BSP n'a qualifié ses indicateurs actuels d'« entièrement » adéquats. Invités à préciser les enjeux rencontrés, les BSP ont fait état de problèmes liés à la disponibilité des données, à l'infrastructure et à la méthodologie qui nuisent à l'utilisation d'indicateurs de parentage cohérents et applicables en Ontario. Les enjeux d'accessibilité portaient sur le caractère inégal de la collecte de données, le manque d'outils validés pour la santé publique et la disponibilité des données à l'échelle locale. Les BSP attribuaient les enjeux liés à l'accessibilité des données à l'infrastructure vieillissante et désuète utilisée pour héberger les données du programme BSES dans le système SISI-SDE. Enfin, les enjeux d'ordre méthodologique étaient principalement liés au manque de données sociodémographiques à jour ainsi qu'à la difficulté d'établir des liens entre les données recueillies et les résultats (figure 8).

Figure 8 : Pourcentage de BSP ayant signalé divers enjeux associés aux indicateurs de parentage



Manque d'outils normalisés et de disponibilité des données

De nombreux BSP (55 %) ont fait état de l'absence d'indicateurs et d'outils de mesure normalisés dans les bureaux de santé à l'échelle provinciale. Ils ont largement convenu que l'établissement d'indicateurs provinciaux favoriserait l'harmonisation des pratiques de collecte de données et améliorerait la comparabilité des données à travers la province. Les sondages actuels auprès de la population, et la collecte systématique des données, comme le dépistage universel du programme BSES, ne rendent pas compte adéquatement des concepts liés au parentage et à la santé relationnelle précoce. L'évaluation des soutiens parentaux comme l'accès à des réseaux informels ou à des services présentant peu d'obstacles demeure peu développée. En outre, 42 % des BSP ont fait état de limites sur la connaissance du personnel des divers outils de mesure validés de même que de lacunes sur le plan de la capacité à les utiliser de façon systématique.

Infrastructure de données et limites du système

Le besoin d'améliorer l'accessibilité des données a également été clairement évoqué. Bien que plusieurs outils, y compris les échelles NCAST, l'EPDS et le QED, soient utilisés uniformément d'un programme à l'autre, les données qui en sont issues ne sont pas pleinement versées dans des systèmes centralisés comme le système SISI-SDE, ce qui limite la capacité des BSP d'accéder à des résultats agrégés. Par conséquent, même lorsque des outils normalisés sont utilisés, les données correspondantes ne peuvent pas toujours être extraites aux fins de communication. Plusieurs participants ont également mentionné le manque de données longitudinales et la difficulté à obtenir de l'information de suivi et à surveiller l'évolution des résultats au fil du temps lorsque les interactions avec les familles sont de courte durée ou se limitent à une seule rencontre.

Enjeux méthodologiques

Les répondants ont fait état de plusieurs enjeux méthodologiques liés aux indicateurs et aux sources de données actuellement utilisés, notamment en ce qui concerne l'uniformité des méthodes de collecte des données, ainsi que la représentativité, l'actualité et la déclarabilité des données à l'échelle locale. Les méthodes de collecte actuelles étaient perçues comme un facteur entraînant une sous-représentation systématique de certains groupes. De plus, de nombreux sondages et systèmes administratifs comportaient peu ou pas du tout de variables sociodémographiques détaillées, des données pourtant nécessaires pour effectuer des analyses stratifiées prenant en compte l'équité aux fins de la planification des programmes. Des BSP étaient aussi préoccupés par la représentativité des ensembles de données actuels, ainsi que par l'actualité des données à l'échelle de la population, qui souvent ne deviennent accessibles qu'après plusieurs années, ce qui limite leur utilité pour planifier les programmes en temps réel et répondre aux besoins émergents. Enfin, ils ont mentionné que la taille des échantillons des enquêtes nationales est souvent trop petite pour produire des données significatives à l'échelle locale, ce qui réduit leur utilité pour les BSP.

2^e étape : Consultation d'experts en santé publique

La communauté de pratique sur le parentage s'est réunie en janvier 2026 pour passer en revue les résultats de l'analyse environnementale; 34 membres du personnel de 23 BSP ont participé aux discussions. La communauté de pratique a pris plusieurs décisions concernant des indicateurs et outils précis mentionnés par des répondants au sondage, mais dont l'intégration dans la liste des indicateurs a plus tard été jugée inappropriée (tableau 1). Les outils dont l'utilisation demande une formation spécialisée ou repose sur une interprétation subjective, comme les échelles « Feeding and Teaching » NCAST-PCI, l'outil PIPE, et les données désagrégées issues de l'évaluation approfondie du programme BSES, ont été jugés inappropriés aux fins des évaluations à l'échelle de la population et exclus de la liste principale des indicateurs. Il a toutefois été mentionné que certaines sources de données pourraient être conservées dans une catégorie regroupant les indicateurs d'évaluation propres au programme Bébés en santé, enfants en santé (BSES), à condition que celle-ci se distingue clairement des catégories des indicateurs à l'échelle de la population.

Compte tenu de la prépondérance des outils du programme BSES déclarés par les BSP, une discussion ciblée a eu lieu afin de déterminer si ces outils pouvaient servir à l'élaboration d'indicateurs à l'échelle de la population. Les membres de la communauté de pratique ont décrit l'accès aux données du programme BSES dont ils disposent et leur utilisation par l'entremise du Système d'information sur les services intégrés pour la santé et le développement des enfants (SISI-SDE) et du Sous-système de production de rapports du SISI-SDE (SSPRS-SDE). Les expériences du personnel quant à l'utilisation de ces données ont été comparées d'un BSP à l'autre afin d'évaluer la capacité d'extraction des données agrégées, l'uniformité de l'administration et de la notation du questionnaire de dépistage et de l'évaluation approfondie du programme BSES, l'utilité des données aux fins de la production de rapports

réguliers ainsi que la comparabilité à l'échelle provinciale. En raison du manque d'uniformité général concernant l'administration du questionnaire de dépistage du programme BSES et la couverture de la population, ainsi que de l'utilisation inégale des outils d'évaluation, comme les échelles NCAST-PCI, décrits au tableau 1, il a été convenu d'exclure l'ensemble des données du programme BSES, y compris celles tirées du questionnaire de dépistage universel.

Tableau 1 : Consensus sur l'inclusion et l'exclusion des indicateurs de parentage déclarés

Indicateur/Outil	Décision	Justification
Échelle de dépression périnatale/postnatale d'Édimbourg (EPDS)	Exclure; peut être conservée à des fins d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Les données ne peuvent pas être agrégées à l'échelle provinciale. • Possibilité d'utilisation limitée hors des contextes propres à un programme
Questionnaire de dépistage du programme BSES (universel)	Exclure	<ul style="list-style-type: none"> • Puisque les taux de couverture du dépistage varient d'un BSP à l'autre, le questionnaire n'est pas transposable aux fins de surveillance de la population (la couverture provinciale est inférieure à 80 % des naissances vivantes). • Préoccupations concernant la validité des questions liées au parentage • Qualité du dépistage inégale d'un BSP à l'autre
Évaluation approfondie du programme BSES	Exclure; peut être conservée à des fins d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Seule la cote de risque global peut être extraite du SSPRS-SDE et du SISI-SDE, les données désagrégées ne sont pas accessibles. • Qualité de l'évaluation approfondie non uniforme d'un BSP à l'autre • Non transposable aux fins de la surveillance de la population
Échelles NCAST-PCI	Exclure; peuvent être conservées à des fins d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Formation spécialisée requise • Notation complexe • Données non disponibles sous forme agrégée • Utilisation inégale
Outil PIPE	Exclure	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune note numérique • Outil qualitatif ne convenant pas pour des indicateurs

Indicateur/Outil	Décision	Justification
Enquêtes sur la santé de la population (ESCC, ECSEJ, etc.)	Conserver	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibles, normalisées et comparables partout en Ontario et au Canada
Indicateurs du registre BORN	Conserver	<ul style="list-style-type: none"> • Le registre BORN fournit des données périnatales pour toutes les naissances vivantes dans la province.

Liste des indicateurs retenus aux fins de la priorisation

Après discussion et obtention d'un consensus au sein de la communauté de pratique sur le parentage, 33 indicateurs répartis dans six domaines ont été retenus aux fins de l'exercice de priorisation (tableau 2). La nouvelle source de données utilisée par le groupe de travail ACER APHEO est le module sur les provisions sociales de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)²², qui a fourni les données pour le domaine des soutiens parentaux.

Tableau 2 : Liste aux fins de la priorisation

Domaine	Âge de l'enfant	Indicateur	Source des données
Santé mentale et bien-être des parents	Prénatal	Pourcentage de mères éprouvant de l'anxiété pendant la grossesse	BORN
Santé mentale et bien-être des parents	Prénatal	Pourcentage de mères souffrant de dépression pendant la grossesse	BORN
Santé mentale et bien-être des parents	Prénatal	Pourcentage de mères aux prises avec un problème de santé mentale pendant la grossesse	BORN
Santé mentale et bien-être des parents	Prénatal	Pourcentage de mères ayant des antécédents de dépression postpartum	BORN
Santé mentale et bien-être des parents	1 à 17 ans	Pourcentage de parents autoévaluant négativement leur santé mentale (passable ou mauvaise)	ECSEJ
Santé mentale et bien-être des parents	1 à 17 ans	Pourcentage de parents déclarant éprouver une détresse grave (≥13)	ECSEJ

Domaine	Âge de l'enfant	Indicateur	Source des données
Santé mentale et bien-être des parents	1 à 17 ans	Pourcentage de parents ayant reçu d'un professionnel de la santé un diagnostic de problème de santé mentale devant durer au moins six mois	ECSEJ
Santé mentale et bien-être des parents	0 à 17 ans	Pourcentage de parents aux prises avec un problème de consommation de substances psychoactives – drogues ou consommation excessive d'alcool	ESCC
Relation parent-enfant	1 à 11 ans	Interaction parent-enfant (IPE) : Pourcentage de parents félicitant leur enfant au plus quelques fois par semaine.	ECSEJ
Relation parent-enfant	1 à 11 ans	Interaction parent-enfant (IPE) : Pourcentage de parents centrant leur attention sur leur enfant au plus quelques fois par semaine.	ECSEJ
Relation parent-enfant	1 à 11 ans	Interaction parent-enfant (IPE) : Pourcentage de parents riant avec leur enfant au plus quelques fois par semaine	ECSEJ
Relation parent-enfant	1 à 11 ans	Interaction parent-enfant (IPE) : Pourcentage de parents faisant une activité spéciale avec leur enfant au plus quelques fois par semaine	ECSEJ
Relation parent-enfant	1 à 11 ans	Interaction parent-enfant (IPE) : Pourcentage de parents participant à des sports, à des passe-temps ou à des jeux avec leur enfant au plus quelques fois par semaine	ECSEJ
Relation parent-enfant	1 à 11 ans	Pourcentage de parents consacrant au moins 3 heures par semaine à lire à leur enfant ou avec ce dernier	ECSEJ
Stress parental	1 à 17 ans	Pourcentage de parents indiquant que leur vie est plutôt ou extrêmement stressante	ECSEJ
Compétences et comportements parentaux	0 à 17 ans	Taux de visites aux urgences en raison de situations de violence, de négligence ou de maltraitance	SavoirSanté
Compétences et comportements parentaux	0 à 16 ans	Taux d'incidence des enquêtes sur les cas avérés de maltraitance d'enfants de moins de 16 ans, selon la catégorie de cas, et selon qu'une enquête ou un suivi continu est requis, ou qu'un placement hors du milieu familial est nécessaire	Données sur les services à l'enfance à l'échelle locale

Domaine	Âge de l'enfant	Indicateur	Source des données
Compétences et comportements parentaux	1 à 14 ans	Pourcentage de parents déclarant que leur enfant a reçu une fessée par la main par une figure parentale (« pratiques parentales sévères »)	ECSEJ
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	1 à 17 ans	Pourcentage de parents d'enfants (de 1 à 11 ans) ou de jeunes (12 à 17 ans) qui sont d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils peuvent compter sur le soutien de l'autre parent lors de périodes difficiles.	ECSEJ
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	1 à 17 ans	Pourcentage de parents d'enfants (de 1 à 11 ans) ou de jeunes (12 à 17 ans) qui sont d'accord ou fortement d'accord pour dire que les membres de la famille sont acceptés tels qu'ils sont	ECSEJ
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	1 à 17 ans	Pourcentage de parents d'enfants (de 1 à 11 ans) ou de jeunes (12 à 17 ans) qui sont d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils peuvent exprimer leurs sentiments les uns aux autres	ECSEJ
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	1 à 17 ans	Pourcentage de parents d'enfants (de 1 à 11 ans) ou de jeunes (12 à 17 ans) qui sont d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils se sentent acceptés tels qu'ils sont	ECSEJ
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	1 à 17 ans	Pourcentage de parents d'enfants (de 1 à 11 ans) ou de jeunes (12 à 17 ans) qui sont d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils sont en mesure de prendre des décisions sur la manière de résoudre les problèmes	ECSEJ
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	1 à 17 ans	Pourcentage de parents d'enfants (de 1 à 11 ans) ou de jeunes (12 à 17 ans) qui sont d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils se confient les uns aux autres	ECSEJ
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	0 à 17 ans	Adultes ayant des enfants à la maison qui perçoivent un niveau élevé de soutien social	ESCC

Domaine	Âge de l'enfant	Indicateur	Source des données
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	1 à 17 ans	Pourcentage d'enfants vivant dans une famille monoparentale	ECSEJ
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	1 à 17 ans	Pourcentage de jeunes (15 à 17 ans) déclarant avoir subi de la violence psychologique entre partenaires intimes (déjà subi ou jamais subi)	ECSEJ
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	1 à 17 ans	Pourcentage de jeunes (15 à 17 ans) déclarant avoir subi de la violence physique entre partenaires intimes (VPI) (déjà subi ou jamais subi)	ECSEJ
Soutiens parentaux	0 à 17 ans	Sécurité affective et bien-être – pourcentage de parents déclarant entretenir des relations étroites qui leur procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être	ESCC
Soutiens parentaux	0 à 17 ans	Soutien social – pourcentage de parents ayant quelqu'un avec qui discuter des décisions importantes dans leur vie	ESCC
Soutiens parentaux	0 à 17 ans	Reconnaissance des compétences et des capacités – pourcentage de parents déclarant entretenir des relations avec des personnes qui reconnaissent leurs compétences et leurs capacités	ESCC
Soutiens parentaux	0 à 17 ans	Croyances communes – pourcentage de parents appartenant à un groupe ayant les mêmes attitudes et croyances	ESCC
Soutiens parentaux	0 à 17 ans	Personnes sur qui compter – pourcentage de parents déclarant avoir des gens sur qui ils peuvent compter en cas d'urgence	ESCC

3^e étape : Priorisation

En mars 2026, la communauté de pratique sur le parentage a tenu une activité de priorisation des indicateurs de parentage recensés. Ont participé aux discussions 31 personnes représentant 18 bureaux de santé publique, un partenaire du milieu universitaire ainsi que le spécialiste des sciences appliquées en croissance et développement sains à Santé publique Ontario. Les membres qui n'étaient pas en mesure de participer à la séance ont reçu les résultats de la priorisation et ont été invités à formuler des commentaires. Après avoir ouvert une session sur Mentimeter™ à l'aide d'un code QR, les participants ont pu accorder à chaque indicateur des notes sur une échelle de 1 à 5 (de « fortement en désaccord » à « fortement d'accord ») concernant les cinq critères (communicabilité, importance/pouvoir de substitution, puissance des données, applicabilité et inclusivité culturelle).

Pour les 33 indicateurs évalués, les notes moyennes obtenues pour l'ensemble des cinq critères variaient de 2,9 à 4,0 sur 5. Les dix indicateurs ayant obtenu les notes les plus élevées sont présentés dans le tableau 2 de l'annexe. Le « pourcentage de mères aux prises avec un problème de santé mentale pendant la grossesse » selon les données du registre BORN était au premier rang avec une note de 4,0. Cet indicateur a obtenu les notes les plus élevées pour la puissance des données, l'importance et la communicabilité. L'indicateur ayant obtenu la note globale la plus faible était le « pourcentage de parents aux prises avec un problème de consommation de substances psychoactives – drogues ou consommation excessive d'alcool » dans l'ESCC, affichant les notes les moins élevées quant à la puissance des données, l'inclusivité culturelle et l'applicabilité.

Aucun indicateur n'a obtenu une note supérieure à 3,2 concernant l'inclusivité culturelle, ce qui porte à croire que pour comprendre les besoins en matière de parentage et de santé relationnelle précoce dans des collectivités diversifiées, les BSP devront probablement mener des enquêtes indépendantes pour les régions qu'ils servent. Les participants ont mentionné que la plupart des indicateurs obtenaient des notes plus faibles sur le plan de l'inclusivité culturelle, car les sources de données, comme les questionnaires de Statistique Canada, ne sont pas culturellement appropriées et peuvent ne pas refléter la diversité des normes ou des expériences parentales. BORN, le registre des naissances qui fournit des données sur l'ensemble des naissances vivantes en Ontario, a obtenu la note la plus élevée en ce qui concerne l'indicateur sur la puissance des données. Les indicateurs tirés de l'ECSEJ ont été jugés comme modérés, plusieurs se situant légèrement sous le seuil d'utilité à l'échelle des BSP en raison des limitations liées à la taille de l'échantillon²³. Le module parental de l'ESCC a été systématiquement perçu comme la source de données la moins robuste, car la petite taille de l'échantillon restreint la capacité des BSP à produire des données à l'échelle locale. Les indicateurs associés au stress parental, aux comportements associés à la relation parent-enfant, à la fessée et au soutien social étaient considérés comme les plus susceptibles d'être appliqués, car ils sont modifiables et se prêtent à des stratégies d'intervention claires. À l'inverse, les indicateurs associés aux troubles mentaux graves et à des enjeux structurels comme la monoparentalité étaient jugés peu applicables, en raison de leur complexité et de la possibilité limitée d'intervention directe en santé publique qui y est associée.

Santé mentale et bien-être des parents

En règle générale, les indicateurs de la santé mentale des parents ont obtenu les notes les plus élevées aux fins de la priorisation, malgré les notes systématiquement faibles qu'ils ont reçues pour l'inclusivité culturelle. Selon les participants, cette situation était probablement attribuable à la stigmatisation et aux différences culturelles en matière de reconnaissance et de signalement des enjeux de santé mentale. Le pouvoir des données a obtenu les notes les plus élevées parmi les indicateurs tirés du registre BORN, qui reçoit des données sur l'ensemble des naissances vivantes en Ontario, y compris de la part des sages-femmes, et dispose de ses propres protocoles pour évaluer la qualité des données afin de garantir des données de grande qualité. Les indicateurs associés à la gravité des problèmes de santé mentale ou aux diagnostics cliniques en matière de santé mentale ont généralement obtenu des notes plus faibles sur le

plan de l'applicabilité. Les participants ont souligné que la mesure composite « un problème de santé mentale » était plus claire et significative que le recensement de chacun des troubles de santé mentale, malgré le fait que l'anxiété et la dépression durant la grossesse se classent globalement parmi les 10 principaux indicateurs. Bien que la consommation de substances psychoactives par les parents ait été jugée comme un indicateur important, la puissance des données était très faible en raison de défis liés à l'évaluation, de différences dans la définition des types de substances psychoactives (p. ex., alcool et drogues) et de l'intensité de la consommation (p. ex., « a déjà consommé » par rapport à « consomme quotidiennement »), ainsi que de la faiblesse de la source de données (ESCC).

Relation parent-enfant

L'indicateur ayant reçu la note la plus élevée pour la relation parent-enfant était le « pourcentage de parents consacrant au moins de 3 heures par semaine à lire à leur enfant ou avec ce dernier », tiré de l'ECSEJ. Dans le cadre de la discussion sur les indicateurs de la relation parent-enfant, les participants ont dégagé des préoccupations concernant la variabilité culturelle, la clarté et les biais socioéconomiques de plusieurs mesures. Les participants ont mentionné que des indicateurs comme « féliciter » ou « consacrer de l'attention » sont très subjectifs et interprétés différemment d'une culture à l'autre, ce qui les rend plus difficiles à interpréter et à communiquer. L'indicateur « faire une activité spéciale avec leur enfant » a été critiqué en raison d'un biais socioéconomique, car les activités « spéciales » sont davantage associées aux ressources financières qu'à la qualité relationnelle. À l'inverse, « rire avec leur enfant » est apparu comme le deuxième plus solide indicateur de la relation parent-enfant, car il est universellement compris, culturellement inclusif et appuyé par des données probantes²⁴. Les indicateurs fondés sur des activités partagées (p. ex., jouer ou lire ensemble) étaient perçus plus favorablement en raison de leur clarté et de leur pertinence pour le lien affectif et le développement.

Stress parental

Il n'y avait qu'un seul indicateur associé au stress parental, et il s'est classé au 8^e rang parmi l'ensemble des indicateurs grâce à une note de 3,72. Les participants ont reconnu que le stress parental et lié au parentage est à la fois très pertinent et très complexe. Ils ont convenu que le stress est un concept universel et facilement reconnaissable, ce qui a contribué aux notes élevées qu'il a obtenues pour la communicabilité et l'importance. En outre, plusieurs participants ont mentionné que les infirmières de santé publique rencontrent et soutiennent régulièrement des familles qui vivent du stress, ce qui rend cet indicateur particulièrement applicable dans la pratique quotidienne. Toutefois, ils ont aussi souligné que le « stress » n'est pas un concept unique et uniforme. Ses sources peuvent être très diverses, notamment les difficultés financières, les enjeux relationnels, les problèmes de santé mentale, les responsabilités liées aux soins ou encore la consommation de substances psychoactives. En raison de cette diversité, il est difficile de mettre au point des interventions à l'échelle de la population qui s'attaquent efficacement à toutes les causes sous-jacentes, ce qui a incité certains participants à attribuer une note plus faible au critère de l'applicabilité. Le groupe s'est aussi penché sur la façon dont le stress parental s'harmonise avec le cadre OEAR⁸, qui traite la réduction des sources de stress comme un élément fondamental²⁵, qui demeure toutefois souvent difficile à mettre en pratique, puisque plusieurs facteurs contributifs ne relèvent pas de la santé publique. Dans l'ensemble, l'indicateur était perçu comme pertinent et pratique, mais également multidimensionnel, de sorte que pour être utilisé efficacement, il nécessite une interprétation nuancée et une collaboration intersectorielle.

Compétences et comportements parentaux

Seulement trois indicateurs ont été recensés pour le domaine « compétences et comportements parentaux ». Les trois indicateurs ont systématiquement obtenu des notes élevées pour le critère de l'importance (> 4), mais les notes étaient plus faibles pour l'inclusivité culturelle, la puissance des

données et l'applicabilité. L'indicateur le mieux classé de ce domaine apparaissait seulement au 20^e rang du classement général. La fessée ou les pratiques parentales sévères étaient perçues comme l'indicateur plus facilement applicable. Des préoccupations ont été soulevées quant à la puissance des données pour l'ensemble des indicateurs, notamment la sous-déclaration des visites aux urgences, l'accès inégal aux données de bien-être de l'enfance dans les BSP, et la probabilité que les déclarations des parents et des personnes qui s'occupent des enfants sous-estiment la prévalence réelle de la fessée ou des pratiques parentales sévères.

Fonctionnement du coparentage ou de la famille

L'indicateur portant sur la violence physique entre partenaires intimes (VPI) déclarée par les jeunes a obtenu une note exceptionnellement élevée (4^e rang au classement général). Ce résultat est sans doute attribuable au lien bien établi entre cette forme de violence, d'une part, et les traumatismes et ses conséquences aiguës et à long terme sur la santé mentale, d'autre part. La violence psychologique entre partenaires intimes a été classée à un rang inférieur en raison du mode de codification actuel (*déjà vécu* ou *jamais vécu*). Toutefois, pour le critère de l'applicabilité, l'indicateur de VPI psychologique se situait au 6^e rang (note de 3,5), tandis que l'indicateur de VPI physique était au 7^e rang (note de 3,4). Les questions de l'échelle de fonctionnement familial McMaster (McMaster Family Functioning Scale) dans l'ECSEJ ont obtenu des notes élevées pour les critères de l'importance et de la communicabilité, mais seulement une de ces questions figurait parmi les 10 premiers indicateurs au classement général. Les participants ont fait état d'enjeux persistants pour l'ensemble des 10 indicateurs du domaine du fonctionnement de la famille à l'égard de l'inclusivité culturelle.

Soutiens parentaux

Les participants ont mentionné les notes élevées attribuées aux indicateurs de soutien social pour le critère de l'importance, en particulier « personnes sur qui compter » et « sécurité affective et bien-être », qui étaient perçus comme essentiels au bien-être de l'enfant et de la famille. Cependant, la puissance des données pour ces mesures est constamment demeurée faible en raison de la très petite taille de l'échantillon et de la capacité limitée des BSP à produire des données. De plus, certains indicateurs, comme « reconnaissance des compétences et des capacités », ont été jugés plus difficiles à communiquer clairement, ce qui réduit leur utilité dans la pratique malgré leur pertinence conceptuelle. Néanmoins, trois indicateurs de soutien parental figuraient parmi les 10 indicateurs les mieux classés, et seul l'indicateur « pourcentage de parents ayant quelqu'un à qui parler des décisions importantes dans leur vie » n'a pas été retenu dans la liste finale des indicateurs prioritaires (tableau 3).

Indicateurs vedettes

Afin de réduire le nombre d'indicateurs et d'optimiser le nombre de domaines représentés, les deux indicateurs les mieux classés pour chaque domaine ont été inscrits dans la liste finale (tableau 4). Trois indicateurs ont été retenus pour le domaine de la santé mentale et du bien-être des parents, afin de tenir compte de mesures effectuées à deux moments différents (pendant la grossesse et durant l'enfance), et de différents niveaux de gravité des problèmes de santé mentale (état général de santé mentale et intensité de la détresse).

Tableau 3 : Indicateurs du parentage prioritaires pour les BSP en Ontario

Domaine	Âge de l'enfant	Indicateur	Source des données
Santé mentale et bien-être des parents	Prénatal	Pourcentage de mères aux prises avec un problème de santé mentale pendant la grossesse	BORN
Santé mentale et bien-être des parents	1 à 17 ans	Pourcentage de parents déclarant éprouver une détresse grave	ECSEJ
Santé mentale et bien-être des parents	1 à 17 ans	Pourcentage de parents autoévaluant négativement leur santé mentale (passable ou mauvaise)	ECSEJ
Stress parental	1 à 17 ans	Pourcentage de parents indiquant que leur vie est plutôt ou extrêmement stressante	ECSEJ
Relation parent-enfant	1 à 11 ans	Pourcentage de parents consacrant au moins de 3 heures par semaine à lire à leur enfant ou avec ce dernier	ECSEJ
Relation parent-enfant	1 à 11 ans	Pourcentage de parents riant avec leur enfant au plus quelques fois par semaine	ECSEJ
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	15 à 17 ans	Pourcentage de jeunes (15 à 17 ans) déclarant avoir subi de la violence physique entre partenaires intimes (déjà subi ou jamais subi)	ECSEJ
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	1 à 17 ans	Pourcentage de parents d'enfants (de 1 à 11 ans) ou de jeunes (12 à 17 ans) qui sont d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils peuvent compter le soutien de l'autre parent lors de périodes difficiles	ECSEJ
Soutiens parentaux	0 à 17 ans	Pourcentage de parents déclarant entretenir des relations étroites qui leur procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être	ESCC
Soutiens parentaux	0 à 17 ans	Pourcentage de parents déclarant avoir des gens sur qui ils peuvent compter en cas d'urgence	ESCC
Compétences et comportements parentaux	0 à 16 ans	Taux d'incidence des enquêtes sur les cas avérés de maltraitance d'enfants de moins de 16 ans, selon la catégorie de cas, et selon qu'une enquête ou un suivi continu est requis,	Services à l'enfance

Domaine	Âge de l'enfant	Indicateur	Source des données
		ou qu'un placement hors du milieu familial est nécessaire.	
Compétences et comportements parentaux	1 à 14 ans	Pourcentage de parents déclarant que leur enfant a reçu une fessée par la main par une figure parentale (« pratiques parentales sévères »)	ECSEJ

Discussion

L'analyse environnementale et le processus de priorisation visaient à identifier les indicateurs de parentage et de la santé relationnelle précoce applicables, accessibles et comparables à l'échelle provinciale aux fins de la planification et de la surveillance en santé publique. Toutes les étapes du processus ont été chapeautées par la communauté de pratique ontarienne sur le parentage. Selon l'étude exploratoire précédemment réalisée par SPO, aucun autre territoire ou province au Canada ne dispose d'un ensemble d'indicateurs de parentage de base qui sont systématiquement mesurés ou déclarés ailleurs que dans les sondages sur la santé de la population comme l'ESCC et l'ECSEJ. Le groupe a procédé à un examen critique des indicateurs préliminaires et a fait ressortir d'importantes limites concernant l'utilisation à l'échelle de la population de plusieurs des indicateurs recensés. Globalement, les résultats mettaient en évidence le besoin urgent de disposer de sources de données et d'indicateurs plus robustes et accessibles pour la santé publique et dans l'ensemble des services à la petite enfance en Ontario. Malgré l'existence de diverses limites associées à la disponibilité actuelle des données, 12 indicateurs ont été proposés afin de couvrir les principaux domaines du parentage pertinents pour la pratique de la santé publique.

Au sein des BSP, l'accent mis sur le parentage a été déplacé vers le concept plus large et plus inclusif de santé relationnelle précoce³. Ce changement témoigne d'une meilleure compréhension de la façon dont le développement des enfants est influencé non seulement par les comportements des parents, mais également par la qualité des relations que les enfants entretiennent et des milieux dans lesquels ils évoluent⁵. Des données probantes émergentes indiquent que des relations sécurisantes, stables et bienveillantes, qu'elles soient vécues au sein de la famille, dans les milieux de la petite enfance ou au sein de la collectivité au sens large, sont essentielles pour atténuer les effets de l'adversité et favoriser la résilience durant la petite enfance²⁶. Toutefois, on ne sait toujours pas précisément comment mesurer ces concepts à l'échelle de la population³.

Ce projet a fait ressortir la nécessité de raffiner la structure conceptuelle de l'ensemble d'indicateurs. Bien que les domaines initiaux, comme la santé mentale des parents, l'attachement ou le lien affectif parent-enfant, ainsi que les compétences et comportements parentaux soient issus d'une revue exploratoire et d'une analyse environnementale, le groupe a constaté qu'il fallait clarifier les définitions des domaines et même créer des sous-domaines. Ce raffinement favoriserait une meilleure harmonisation entre les indicateurs et les concepts de la santé relationnelle précoce et améliorerait la cohérence conceptuelle d'un futur cadre de santé relationnelle précoce.

Les participants ont mis en lumière d'importantes lacunes sur le plan de l'évaluation systématique des connaissances parentales, des compétences et comportements parentaux, de la confiance ou de l'auto-efficacité parentales ainsi que des soutiens parentaux, en particulier durant la petite enfance. Ces

constats correspondent aux observations tirées d'autres initiatives d'élaboration d'indicateurs des BSP, dans le cadre desquelles d'importantes lacunes ont été cernées entre les données périnatales et postnatales inscrites au registre BORN et les données recueillies à l'aide de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) auprès des élèves de la maternelle (5 à 6 ans). Les participants ont convenu que le paysage actuel n'offre pas assez d'indicateurs complets pour les enfants de 0 à 6 ans, ce qui confirme qu'il est nécessaire de continuer à travailler à l'élaboration d'indicateurs et à la consolidation de l'infrastructure de données provinciale. Ces résultats sont en phase avec le plus récent rapport produit par Santé publique Ontario (PHO), l'Institut du savoir et l'hôpital SickKids²⁷.

Malgré le manque perçu d'indicateurs normalisés à l'échelle provinciale, de nombreux BSP ont indiqué utiliser les mêmes outils. Cependant, le principal enjeu soulevé était plutôt l'accessibilité des données. Le meilleur exemple illustrant l'inaccessibilité des données en Ontario réside dans le recours aux outils de mesure de la santé mentale périnatale. Dans la province, 28 des 29 BSP ont mentionné se servir de l'EPDS pour évaluer la santé mentale périnatale dans le cadre du programme BSES, des programmes d'adaptation périnatale, ou d'autres services de santé mentale postpartum fournis par les autorités de santé publique. Toutefois, en raison des limites de l'infrastructure de données, un score agrégé des données tirées de l'EPDS n'est disponible ni à l'échelle des BSP ni à celle de la province. Ce constat s'applique aussi à d'autres outils d'évaluation de la santé mentale validés, comme le GAD-7 et le QSP-9. Ces lacunes de l'infrastructure mettent en évidence la nécessité de moderniser les systèmes de données en santé publique, une responsabilité qui ne relève pas seulement des agences locales de santé publique.

La discussion la plus approfondie a porté sur la faisabilité d'utiliser les données du programme BSES, en particulier les outils comme l'EPDS, les échelles NCAST/PCI, PIPE et l'évaluation approfondie pour créer des indicateurs à l'échelle de la population ou aux fins d'évaluation des programmes. Les participants ont convenu que ces outils, malgré leur pertinence sur le plan clinique et des programmes, ne sont pas accessibles sous une forme permettant l'extraction ou l'agrégation des données. De plus, l'utilité de ces indicateurs au-delà de l'évaluation du programme BSES n'est pas établie, puisque ces données sont recueillies uniquement auprès d'une population ciblée. L'utilisation du questionnaire de dépistage universel du programme BSES a aussi fait l'objet d'un débat. Certains BSP servant des populations et des territoires de petite taille ont déclaré des taux de couverture du dépistage supérieurs à 80 %, mais la majorité des BSP se situaient en deçà de ce seuil. La validité des questions portant sur le parentage a été remise en question lors des discussions sur la capacité des infirmières en milieu hospitalier à évaluer efficacement les nuances entre le soutien pour le parentage et le soutien pour les soins du nourrisson. Dans l'ensemble, les participants considéraient que le questionnaire de dépistage du programme BSES ne constituait pas une source de données valide et fiable.

La liste finale des indicateurs retenus mettait en lumière à quel point il est important de disposer de données valides, fiables et pouvant faire l'objet de rapports à l'échelle locale, comme celles provenant du registre BORN. En outre, le personnel de la santé publique était d'avis que la santé mentale et le bien-être des parents jouent un rôle essentiel dans la santé relationnelle précoce et la capacité en matière de parentage. Les indicateurs les moins bien classés étaient ceux associés au domaine des compétences et comportements parentaux, y compris les pratiques parentales sévères et les cas de maltraitance et de négligence. Leur faible classement était attribuable aux notes peu élevées obtenues pour les critères d'inclusivité culturelle et d'applicabilité. Toutefois, par le passé, les BSP ont investi dans la prestation de programmes visant à améliorer les compétences et la confiance des parents dans le cadre de programmes de formation parentale comme Triple P²⁸ et Y'a personne de partait²⁹.

Les indicateurs portant sur les domaines de la relation parent-enfant et du fonctionnement du coparentage et de la famille ont obtenu des notes élevées. Cela s'explique probablement par l'expertise des membres de la communauté de pratique en matière de santé relationnelle précoce, qui leur permet de comprendre l'importance de ces concepts pour le développement du cerveau et le renforcement de

la résilience. Pour déterminer les besoins de leurs collectivités concernant la santé relationnelle précoce, les BSP doivent disposer de données probantes afin de documenter leur processus décisionnel. À l'heure actuelle, les indicateurs disponibles ne permettent pas de dresser un portrait complet de la santé relationnelle précoce à l'échelle de la population. Bien que deux indicateurs tirés de l'ESCC aient été retenus pour le domaine des soutiens parentaux, il existe certaines limitations, dont la petite taille des échantillons de parents dans l'ESCC et la faible variabilité observée pour ces indicateurs (plus de 95 % des parents déclarent avoir des personnes sur qui compter et éprouver un sentiment de sécurité affective et de bien-être). Il est sans doute possible de mettre au point de meilleurs indicateurs pour évaluer la santé relationnelle précoce et les soutiens parentaux. Dans l'ensemble, le groupe a privilégié les indicateurs reflétant des interactions universelles constructives, tout en exprimant des réserves à l'égard des indicateurs fortement influencés par les normes culturelles ou le contexte socioéconomique.

Limitations et points forts

Le processus rigoureux visant à cerner et à prioriser les indicateurs de parentage comportait plusieurs forces. D'abord, un examen exhaustif de la littérature⁷ et la présente analyse environnementale ont été réalisés afin de recenser les indicateurs. Ensuite, les experts en parentage de la santé publique membres de la communauté de pratique ont fourni un important contexte pour interpréter les résultats du sondage. Enfin, la priorisation reposait sur des critères tirés de la littérature en santé publique et approuvés consensuellement par les membres de la communauté de pratique. De plus, la plateforme Mentimeter s'est révélée être un outil efficace et apprécié des membres de la communauté, notamment en raison de sa capacité à faciliter les discussions en temps réel sur le classement des indicateurs.

Malgré ces points forts, le processus présentait aussi plusieurs limitations. Au départ, les indicateurs aux fins d'évaluation et à l'échelle de la population ont été inclus durant le processus de détermination, ce qui a trop complexifié l'approche. Le questionnaire de l'analyse environnementale invitait les participants à nommer des indicateurs et des sources de données trop vastes, et de nombreux BSP ont fait état de sources de données inaccessibles. Par ailleurs, bien que la période prénatale et l'enfance au complet aient été incluses dans le champ d'analyse, ces indicateurs ne permettaient pas d'évaluer de manière exhaustive le parentage des adolescents ni les comportements et facteurs de risque prénataux. Durant le processus de priorisation, il a été nécessaire de faire appel à des épidémiologistes pour évaluer la robustesse des sources de données et la capacité des BSP à produire des estimations. Bien que les critères de priorisation aient été finalisés par la communauté de pratique, leur nombre n'a pas changé, demeurant à cinq, ce qui est supérieur à ce qu'on retrouve généralement dans la littérature. L'adoption d'un nombre réduit de critères aurait pu simplifier le processus et en améliorer la clarté.

Prochaines étapes

Ce projet a permis de dégager des observations de base permettant de mieux comprendre comment le parentage et la santé relationnelle précoce sont actuellement évalués par la santé publique en Ontario. Toutefois, il a aussi mis en lumière plusieurs considérations systémiques importantes à l'appui de l'élaboration et de l'utilisation future d'indicateurs efficaces dans ce domaine. Les principales prochaines étapes établies par les BSP comprennent l'actualisation du questionnaire de dépistage universel du programme BSES pour s'assurer qu'il demeure pertinent, un investissement dans des postes de liaison dédiés pour favoriser une administration uniforme des outils et un suivi cohérent, ainsi que le renforcement de la collaboration avec le ministère de la Santé et le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires afin d'harmoniser les attentes. Outre ces considérations systémiques, l'élaboration des prochains indicateurs devrait s'attarder en priorité aux lacunes cernées dans le cadre de ce projet, notamment celles associées aux soutiens parentaux, aux connaissances

parentales et à l'autoefficacité parentale. De plus, les futurs indicateurs devraient privilégier la clarté, la faisabilité, la sensibilité aux changements au fil du temps ainsi que la pertinence dans des contextes locaux et culturels diversifiés. Ensemble, ces considérations font ressortir l'importance d'assortir l'élaboration des indicateurs d'une infrastructure adéquate et d'une collaboration intersectorielle, pour faire en sorte que l'évaluation et la surveillance de la population soient pertinentes, durables et réalisables.

Conclusion

Ce projet a mis en évidence la disponibilité limitée des données provinciales sur le parentage et la santé relationnelle précoce, tout en soulignant la nécessité d'investir dans des données valides, fiables et accessibles. Les décisions prises dans le cadre de la communauté de pratique sur le parentage, notamment l'élimination des données du programme BSES et l'exclusion des outils dont les données ne sont pas suffisamment accessibles, contribueront à s'assurer que l'ensemble d'indicateurs retenu est pratique, fondé sur des données probantes et en phase avec des initiatives provinciales de plus grande envergure. En définitive, ces travaux mettent en lumière à la fois les défis et les possibilités liés au renforcement de la capacité de l'Ontario à évaluer et à surveiller la santé relationnelle précoce, et constituent une étape fondamentale pour élaborer des interventions visant à répondre aux besoins des collectivités en matière de parentage et de santé relationnelle précoce.

Références

1. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la santé de la population et de la santé publique. Lignes directrices concernant la croissance et le développement sains, 2018. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018. Disponible à : <https://files.ontario.ca/moh-guidelines-healthy-growth-development-fr-2018.pdf>
2. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la santé de la population et de la santé publique. Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé de la population, 2018. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018. Disponible à : <https://files.ontario.ca/moh-population-health-assessment-surveillance-protocol-2018-fr.pdf>
3. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, Board on Children, Youth, and Families, Committee on the Early Relational Health Determinants of Future Health and Well-Being; Backes EP et D Willis, éditeurs. Early relational health: building foundations for child, family, and community well-being. Washington, DC: National Academies Press; 2025. Disponible à : <https://nap.nationalacademies.org/catalog/29234/early-relational-health-building-foundations-for-child-family-and-community> doi:10.17226/29234
4. Bronfenbrenner U. « Toward an experimental ecology of human development ». Am Psychol. 1977;32(7):513. Disponible à : <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
5. Williams RC. « From ACEs to early relational health: implications for clinical practice ». Paediatr Child Health. 2023 Oct 1;28(6):377-84. Disponible à : <https://doi.org/10.1093/pch/pxad025>
6. Garner A et M Yogman, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Council on Early Childhood. « Preventing childhood toxic stress: partnering with families and communities to promote relational health ». Pediatrics. 2021;148(2):e2021052582. Disponible à : <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052582>
7. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Outils et cadres de mesure du parentage : étude exploratoire. 1^{re} révision. Toronto, ON: Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2025. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/P/25/parenting-measurements-tools-framework.pdf?rev=48802fa3d6a7439db3a28e2989341ba6&sc_lang=fr
8. Dawdy J, K Dunford et K Magalhaes Boateng. Ontario early adversity and resilience framework: building resilience together: empowering families, strengthening communities [En ligne]. Toronto, ON: Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2025 [cité le 24 avril 2026]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/O/25/ontario-early-adversity-resilience-framework.pdf?rev=cb6575c737c44a90ad4f93bb7c3caae7&sc_lang=en
9. Friedman M. Trying hard is not good enough: how to produce measurable improvements for customers and communities. 3^e éd. Trafford: Parse Publishing; 2015.
10. Khan Y, AD Brown, AR Gagliardi, T O'Sullivan, S Lacarte, B Henry et coll. « Are we prepared? The development of performance indicators for public health emergency preparedness using a modified Delphi approach ». PLoS One. 2019;14(12):e0226489. Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226489>

11. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Analyse environnementale : Priorisation des indicateurs de prévention des chutes chez les aînés en Ontario [En ligne]. Toronto, ON: Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2022 [cité le 24 avril 2026]. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/P/2022/prioritization-older-adult-fall-prevention-indicators-ontario.pdf?sc_lang=fr&rev=2b7f104160944420ad717c092972e0bc&hash=E82098432111EA3C31FE786A554FF5E6
12. Cox JL, JM Holden et R Sagovsky. « Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale ». Br J Psychiatry. 1987;150(6):782-6. Disponible à : <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
13. Spitzer RL, K Kroenke, JBW Williams et 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>
14. Kroenke K, RL Spitzer et JBW Williams. « The PHQ-9 ». J Gen Intern Med. 2001;16(9):606-13. Disponible à : <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
15. Gonzalez A. Répercussions de la pandémie de la COVID-19 sur les familles de l'Ontario ayant des enfants : Conclusions tirées du confinement initial [En ligne]. Hamilton, ON: Université McMaster; 2020 [cité le 24 avril 2026]. Disponible à : <https://strongfamilies.ca/wp-content/uploads/2020/10/OPS-Executive-Report-FR-FINAL.pdf>
16. Russell DW. « UCLA Loneliness Scale (version 3): reliability, validity, and factor structure ». J Pers Assess. 1996 Feb;66(1):20-40. Disponible à : https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
17. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Snapshots : Snapshot de la santé maternelle [En ligne]. Toronto, ON: Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2026 [cité le 24 avril 2026]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/reproductive-and-child-health/maternal-health>
18. Statistique Canada. Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) [En ligne]. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2025 [cité le 24 avril 2026]. Disponible à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5233
19. Barnard Center for Infant & Early Childhood Mental Health. University of Washington. Parent-Child Interaction (PCI) feeding and teaching scales [En ligne]. Seattle, WA: Parent-Child Relationship Programs; c2026 [cité le 24 avril 2026]. Disponible à : <https://www.pcrprograms.org/parent-child-interaction-pci-feeding-teaching-scales/>
20. Squires J et D Bricker. Ages & Stages Questionnaires® (ASQ®-3): a parent-completed child monitoring system, 3^e éd. Baltimore, MA: Paul H. Brookes Publishing Co, Inc.; 2009.
21. NDDS. Liste de vérification Looksee [En ligne]. North Bay, ON: NDDS; c2026 [cité le 24 avril 2026]. Disponible à : <https://lookseechecklist.com/fr/>
22. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Composante annuelle (ESCC) [En ligne]. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2023 [cité le 24 avril 2026]. Disponible à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226

23. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (2019) – Examen de la santé et du bien-être des enfants de l’Ontario : Rapport technique. Toronto, ON: Imprimeur du Roi pour l’Ontario; 2026. Disponible à : https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/H/2023/health-well-being-ontario-children-1-17-chscy.pdf?rev=017cdcc406904b3f88a970a984b73395&sc_lang=fr
24. Yassa P, J Thielman, A Gonzalez, M Martin, DW Harrington et S Carsley. « The association between positive parent–child interaction and mental health outcomes in children aged 1–11 years in Canada ». Can J Public Health. 2025. Disponible à : <https://doi.org/10.17269/s41997-025-01073-x>
25. Center on the Developing Child at Harvard University. Three principles to improve outcomes for children and families, 2021 update [En ligne]. Cambridge, MA: President and Fellows of Harvard College; 2021 [cité le 27 avril 2026]. Disponible à : https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2024/10/3Principles_Update2021v2.pdf
26. National Scientific Council on the Developing Child. Supportive relationships and active skill-building strengthen the foundations of resilience: working Paper 13 [En ligne]. 2015. Disponible à : <https://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2024/10/The-Science-of-Resilience2.pdf>
27. Infant and Early Mental Health Promotion, Institut du savoir sur la santé mentale et les dépendances chez les enfants et les jeunes et Santé publique Ontario. L’état des données sur la santé mentale et le développement des jeunes enfants en Ontario : possibilités de recherche et de collaboration [En ligne]. Ottawa, ON: Institut du savoir sur la santé mentale K et les dépendances chez les enfants et les jeunes; 2026 [cité le 27 avril 2026]. Disponible à : <https://www.cymha.ca/Modules/ResourceHub/?lang=fr>
28. Programme de parentalité positive Triple P [En ligne]. Toronto, ON: Triple P International; [cité le 27 avril 2026]. Disponible à : <https://www.triplep-parentalite.ca/ont-fr/triple-p/>
29. Y’a personne de parfait. Programme de parentage Y’a personne de parfait [En ligne]. S.l.; Nobody's Perfect; c2026 [cité le 27 avril 2026]. Disponible à : <https://nobodysperfect.ca/francais/>

Annexe

Tableau 1 : Exemples d'indicateurs pour chaque domaine, et outils ou mesures courants

Domaine de parentage	Exemples d'indicateurs	Outils ou mesures courants
Stress parental	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquence du sentiment d'être dépassé par les responsabilités parentales • Niveaux de stress perçu 	Indice de stress parental (PSI), PSI-Short Form, Échelle de stress parental (PSS)
Confiance ou autoefficacité parentales	<ul style="list-style-type: none"> • Confiance du parent en sa capacité à relever les défis associés au parentage • Confiance pour la gestion des routines 	Questionnaire d'autoévaluation de la compétence éducative parentale (QAECEP), outil de mesure de l'autoefficacité parentale – Tool to Measure Parenting Self-Efficacy (TOPSE)
Attachement parent-enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Le parent déclare se sentir affectivement proche de son enfant. • Le parent répond rapidement à la détresse de son enfant. • Le parent a des interactions « service-retour » positives avec son enfant • Le parent déclare et démontre entretenir une relation sécurisante, stable et bienveillante avec son enfant. 	Échelle d'attachement postnatal maternel (Maternal Postnatal Attachment Scale (MPAS)), Questionnaire sur les étapes du développement socio-émotionnel (ASQ-SE), outils d'observation
Connaissances parentales	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance des différentes étapes importantes du développement de l'enfant • Sensibilisation à l'importance d'un développement sain du cerveau, de l'attachement et de la santé relationnelle précoce, des compétences de la vie quotidienne et des stratégies de parentage positives • Connaissance des pratiques de sécurité 	Inventaire des connaissances sur le développement du nourrisson (Knowledge of Infant Development Inventory (KIDI)), questionnaires ou sondages sur mesure
Compétences et comportements parentaux	<ul style="list-style-type: none"> • Constance dans l'établissement des limites • Recours à des stratégies de discipline positives • Recours à des interactions « service-retour » positives 	Questionnaire sur les pratiques parentales de l'Alabama (Alabama Parenting Questionnaire (APQ)), Questionnaire sur les pratiques parentales

Domaine de parentage	Exemples d'indicateurs	Outils ou mesures courants
		(Parenting Practices Questionnaire (PPQ))
Santé mentale des parents	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes de dépression, d'anxiété ou de détresse affective • Forces/facteurs de résilience des parents (p. ex., recours aux soutiens communautaires) 	Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS), QSP-9, GAD-7
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	<ul style="list-style-type: none"> • Communication et coopération entre les personnes qui s'occupent des enfants • Résolution des conflits liés aux rôles parentaux • Soutiens familiaux et parentaux (p. ex., autres adultes bienveillants dans la vie de l'enfant) 	Instrument d'évaluation familiale (Family Assessment Device (FAD)), Échelle de la relation coparentale (Co-parenting Relationship Scale (CRS))
Satisfaction parentale	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction globale à l'égard du rôle parental • Sentiment d'épanouissement en tant que parent 	Sous-échelle de satisfaction parentale de la PSOC, Questionnaire sur la satisfaction parentale (Parental Satisfaction Questionnaire (PSQ))

Tableau 2 : Notation des indicateurs de parentage aux fins de priorisation, par critères

Domaine	Âge de l'enfant	Indicateur	Communication	Importance	Données	Applicabilité	Inclusivité culturelle	Note moyenne
Santé mentale et bien-être des parents	Prénatal	Pourcentage de mères aux prises avec un problème de santé mentale pendant la grossesse	4,4	4,6	4,6	3,8	2,8	4,04
Santé mentale et bien-être des parents	Prénatal	Pourcentage de mères souffrant de dépression pendant la grossesse	4,2	4,4	4,6	4	2,7	3,98
Relation parent-enfant	1 à 11 ans	Pourcentage de parents consacrant au moins de 3 heures par semaine à lire à leur enfant ou avec ce dernier	4,3	4,4	3,6	3,9	3,2	3,88
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	15 à 17 ans	Pourcentage de jeunes (15 à 17 ans) déclarant avoir subi de la violence physique entre partenaires intimes (déjà subi ou jamais subi)	4,3	4,6	3,8	3,4	3,1	3,84
Soutiens parentaux	0 à 17 ans	Sécurité affective et bien-être – pourcentage de parents déclarant entretenir des relations étroites qui leur procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être	4,1	4,7	3,5	3,7	3,1	3,82
Santé mentale et bien-être des parents	Prénatal	Pourcentage de mères éprouvant de l'anxiété pendant la grossesse	3,8	4,2	4,2	4	2,8	3,80
Soutiens parentaux	0 à 17 ans	Personnes sur qui compter – pourcentage de parents déclarant avoir des gens sur qui ils peuvent compter en cas d'urgence	4,4	4,6	3,6	3,1	3,2	3,78

Domaine	Âge de l'enfant	Indicateur	Communication	Importance	Données	Applicabilité	Inclusivité culturelle	Note moyenne
Stress parental	1 à 17 ans	Pourcentage de parents indiquant que leur vie est plutôt ou extrêmement stressante	4,3	4,4	3,6	3,3	3	3,72
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	1 à 17 ans	Pourcentage de parents d'enfants (de 1 à 11 ans) ou de jeunes (12 à 17 ans) qui sont d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils peuvent compter sur le soutien de l'autre parent lors des périodes difficiles	4	4,4	3,6	3,4	3,1	3,70
Soutiens parentaux	0 à 17 ans	Soutien social – pourcentage de parents ayant quelqu'un avec qui discuter des décisions importantes dans leur vie	4,1	4,3	3,6	3,4	3	3,68
Santé mentale et bien-être des parents	Prénatal	Pourcentage de mères ayant des antécédents de dépression postpartum	3,7	3,8	4,6	3,5	2,7	3,66
Santé mentale et bien-être des parents	1 à 17 ans	Pourcentage de parents déclarant éprouver une détresse grave (≥ 13) (Prochaska et coll., 2012)	3,6	4,3	4	3,4	3	3,66
Relation parent-enfant	1 à 11 ans	Interaction parent-enfant (IPE) : Pourcentage de parents riant avec leur enfant au plus quelques fois par semaine	4	4,1	3,3	3,5	3,1	3,60
Santé mentale et bien-être des parents	1 à 17 ans	Pourcentage de parents autoévaluant négativement leur santé mentale (passable ou mauvaise)	4,1	4	3,8	3,4	2,7	3,60
Fonctionnement du coparentage	15 à 17 ans	Pourcentage de jeunes (15 à 17 ans) déclarant avoir subi de la violence	3,9	4,4	3,4	3,5	2,7	3,58

Domaine	Âge de l'enfant	Indicateur	Communication	Importance	Données	Applicabilité	Inclusivité culturelle	Note moyenne
ou de la famille		psychologique entre partenaires intimes (déjà subi ou jamais subi)						
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	0 à 17 ans	Adultes ayant des enfants à la maison qui perçoivent un niveau élevé de soutien social	3,8	4,2	3,3	3,4	3,2	3,58
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	1 à 17 ans	Pourcentage de parents d'enfants (de 1 à 11 ans) ou de jeunes (12 à 17 ans) qui sont d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils peuvent exprimer leurs sentiments les uns aux autres	4	4,3	3,4	3,4	2,6	3,54
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	1 à 17 ans	Pourcentage de parents d'enfants (de 1 à 11 ans) ou de jeunes (12 à 17 ans) qui sont d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils se confient les uns aux autres	3,9	4,1	3,5	3,2	2,9	3,52
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	1 à 17 ans	Pourcentage de parents d'enfants (de 1 à 11 ans) ou de jeunes (12 à 17 ans) qui sont d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils se sentent acceptés tels qu'ils sont	3,7	4,2	3,5	3,2	2,9	3,50
Compétences et comportements parentaux	0 à 16 ans	Taux d'incidence des enquêtes sur les cas avérés de maltraitance d'enfants de moins de 16 ans, selon la catégorie de cas, et selon qu'une enquête ou un suivi continu est requis, ou qu'un placement hors du milieu familial est nécessaire	3,7	4,5	3,2	3,2	2,9	3,50

Domaine	Âge de l'enfant	Indicateur	Communication	Importance	Données	Applicabilité	Inclusivité culturelle	Note moyenne
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	1 à 17 ans	Pourcentage de parents d'enfants (de 1 à 11 ans) ou de jeunes (12 à 17 ans) qui sont d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils se sentent acceptés tels qu'ils sont	3,6	4,2	3,5	3,3	2,8	3,48
Compétences et comportements parentaux	0 à 17 ans	Taux de visites aux urgences en raison de situations de violence, de négligence ou de maltraitance	3,5	4,3	3,3	3,2	2,9	3,44
Compétences et comportements parentaux	1 à 14 ans	Pourcentage de parents déclarant que leur enfant a reçu une fessée par la main par une figure parentale (« pratiques parentales sévères »)	3,6	4,2	3,1	3,5	2,5	3,38
Santé mentale et bien-être des parents	1 à 17 ans	Pourcentage de parents ayant reçu d'un professionnel de la santé un diagnostic de problème de santé mentale devant durer au moins six mois	3,4	4	3,8	3	2,6	3,36
Relation parent-enfant	1 à 11 ans	Interaction parent-enfant (IPE) : Pourcentage de parents félicitant leur enfant au plus quelques fois par semaine	3,6	3,7	3,3	3,4	2,7	3,34
Fonctionnement du coparentage ou de la famille	1 à 17 ans	Pourcentage de parents d'enfants (de 1 à 11 ans) ou de jeunes (12 à 17 ans) qui sont d'accord ou fortement d'accord pour dire qu'ils sont en mesure de prendre des décisions sur la manière de résoudre les problèmes	3,5	3,9	3,4	3,1	2,7	3,32
Fonctionnement du	1 à 17 ans	Famille monoparentale	3,6	3,8	3,7	2,7	2,4	3,24

Domaine	Âge de l'enfant	Indicateur	Communication	Importance	Données	Applicabilité	Inclusivité culturelle	Note moyenne
coparentage ou de la famille								
Relation parent-enfant	1 à 11 ans	Interaction parent-enfant (IPE) : Pourcentage de parents faisant une activité spéciale avec leur enfant au plus quelques fois par semaine	3,1	3,6	3,2	3,1	2,6	3,12
Soutiens parentaux	0 à 17 ans	Croyances communes – pourcentage de parents appartenant à un groupe ayant les mêmes attitudes et croyances	3,4	3,2	3,1	2,8	2,9	3,08
Relation parent-enfant	1 à 11 ans	Interaction parent-enfant (IPE) : Pourcentage de parents centrant leur attention sur leur enfant au plus quelques fois par semaine	2,9	3,5	3,3	2,9	2,6	3,04
Relation parent-enfant	1 à 11 ans	Interaction parent-enfant (IPE) : Pourcentage de parents participant à des sports, à des passe-temps ou à des jeux avec leur enfant au plus quelques fois par semaine	3,3	3,4	3	2,9	2,6	3,04
Soutiens parentaux	0 à 17 ans	Reconnaissance des compétences et des capacités – pourcentage de parents déclarant entretenir des relations avec des personnes qui reconnaissent leurs compétences et leurs capacités	3,1	3,4	3,1	2,5	2,5	2,92
Santé mentale et bien-être des parents	0 à 17 ans	Pourcentage de parents aux prises avec un problème de consommation de substances psychoactives – drogues ou consommation excessive d'alcool	3	3,9	2,3	2,8	2,5	2,90

Remerciements

Santé publique Ontario (SPO) souhaite exprimer sa sincère reconnaissance à tous les bureaux de santé publique participants pour le temps qu'ils ont consacré à ce projet, leurs réflexions et leur contribution au sondage de l'analyse environnementale. Leur dévouement et leur volonté à faire part de leurs expériences ont été essentiels pour parvenir à une compréhension approfondie des pratiques actuelles en matière d'évaluation du parentage et de la santé relationnelle précoce en Ontario. Nous remercions également les membres de la communauté de pratique sur le parentage pour leurs conseils, leur expertise, leurs réflexions éclairées et l'encadrement continu qu'ils nous ont fournis tout au long de ce projet. Leurs points de vue ont contribué à renforcer tant le processus que les résultats du projet.

Nous tenons à adresser des remerciements particuliers à Andrea Gonzalez, professeure agrégée au département de psychiatrie et de neurosciences comportementales de l'Université McMaster, à Kate Dunford, infirmière en santé publique à Santé publique Lakelands, ainsi qu'à Amber Schieck, promotrice de la santé à Santé publique Grey Bruce, pour leur examen en profondeur du rapport final, qui a grandement contribué à en renforcer la rigueur et la clarté.

Ensemble, ces contributions ont joué un rôle déterminant dans l'élaboration de ce travail et l'avancement des efforts collectifs visant à améliorer l'évaluation du parentage et de la santé relationnelle précoce dans le domaine de la santé publique.

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Priorisation des indicateurs de parentage pour les bureaux de santé publique de l'Ontario. Toronto, ON: Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2026.

ISBN : 978-1-4868-9985-2

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque. 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 explicite de Santé publique Ontario.

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. 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.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter santepubliqueontario.ca.