



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

PARTIE 1

**ÉVALUATION DE L'ACTUALISATION DU PSJP:
L'AXE ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES**

Sylvie Gendron
Gilles Dupuis
Jacques Moreau
Jacinthe Lachance-Fiola
France Dupuis

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Département de psychologie, Université du Québec à Montréal
École de service social, Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

2014

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

Logo : François Labelle, Université du Québec à Montréal

© Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Équipe d'Évaluation du *Programme de soutien aux jeunes parents*

Dépôt légal version électronique: 3^e trimestre 2014
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

ISBN: 978-2-922662-23-8

Équipe de recherche

Analyse et rédaction

Sylvie Gendron	Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Gilles Dupuis	Département de psychologie, Université du Québec à Montréal
Jacques Moreau	École de service social, Université de Montréal
Jacinthe Lachance-Fiola	Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
France Dupuis	Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Conception, planification, mise en œuvre de l'évaluation

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

Coordination

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

Agents de recherche, bureau de coordination

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

Gestion des données statistiques

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

Collecte de données auprès des familles

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

DES CONTRIBUTIONS ESSENTIELLES À RECONNAÎTRE

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

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

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



RÉSUMÉ

**L'accompagnement des familles du Programme de Soutien aux jeunes parents:
Résultats d'une recherche évaluative et pistes de réflexion pour l'action**



Devenir mère à un jeune âge comporte de multiples défis et peut entraîner des désavantages à plusieurs niveaux pour les parents, pour l'enfant et pour la communauté. Afin d'assurer le développement optimal des bébés et des enfants de 0 à 5 ans nés de jeunes femmes qui ont moins de 20 ans, et pour contribuer à des projets de vie porteurs de réussite pour les jeunes parents, l'accès à des services destinés

spécifiquement à ces familles est privilégié au Québec. Depuis 2004-2005, un programme de *Soutien aux jeunes parents* (PSJP) est implanté à travers l'ensemble des services de première ligne dans les Centres de santé et de services sociaux (CSSS).



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

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



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

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

Ce rapport porte spécifiquement sur l'objectif 1, l'axe Accompagnement des familles du PSJP. Il offre des réponses aux **5 questions** suivantes :

- 1) Quel est le portrait de l'intervention d'accompagnement auprès des familles ?
- 2) Qui sont les mères et les pères participant à ce programme ?
- 3) Quelle est l'expérience de l'accompagnement privilégié offert ?
- 4) Comment l'intervention d'accompagnement des familles s'organise-t-elle au sein des équipes en CSSS et avec les ressources du territoire ?
- 5) Quelles conditions influencent l'intensité de l'intervention d'accompagnement auprès des familles ?

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

Ce résumé présente **10 principaux constats** à partir desquels **7 pistes de réflexion sont formulées en appui à l'optimisation du PSJP**. Il s'agit de renforcer le déploiement d'une intervention d'accompagnement correspondant aux principes reconnus d'une intervention précoce en contexte de vulnérabilité sociale, soit:

- assurer une certaine intensité d'accompagnement à travers le développement d'un lien signifiant;
- instaurer une diversité de modalités de contact, en collaboration avec un réseau de ressources accessibles et sensibles aux réalités des jeunes parents et leurs enfants; et
- déployer une action globale auprès des enfants avec leurs parents.



10 principaux constats :

1. **Des jeunes parents vivant en contexte de vulnérabilité sociale sont rejoints par les intervenantes du PSJP, dès la grossesse.** Que ce soit en termes de reproduction intergénérationnelle de maternité précoce, de dépendance financière, de faible niveau de scolarité, d'une histoire de traumatismes vécus durant l'enfance ou l'adolescence pour plus de 80% des parents, ou d'un niveau élevé de détresse psychologique pendant la grossesse, la situation des jeunes femmes enceintes et des pères des enfants à naître est préoccupante.
2. **Les intervenantes ajustent l'intensité de l'intervention d'accompagnement selon leur jugement clinique des conditions de vulnérabilité sociale des jeunes parents** pour gérer l'entrée au programme, pour établir des priorités parmi les familles accompagnées, pour privilégier certaines contributions professionnelles, ou pour mettre un terme à l'intervention. En particulier, durant la grossesse et avec l'arrivée du bébé, les familles qui présentent un cumul *plus important* de conditions de vulnérabilité sociale reçoivent une intensité d'intervention plus élevée. Toutefois, il y a une diminution plus précoce de l'intensité de l'accompagnement individualisé auprès de ces familles, dès la première année de vie de leur enfant, comparativement aux autres familles. Ayant obtenu réponse à leurs besoins, ces familles particulièrement vulnérables se déplacent moins au CSSS.
3. **La durée envisagée de 5 années de suivi par des intervenantes du CSSS n'apparaît pas réaliste** considérant l'attrition notée de plus de 60% des familles après que le bébé ait atteint l'âge de 18 mois. De plus, seulement 18% des familles de la cohorte participant à cette évaluation ont eu des contacts durant la totalité de la période équivalent à 19-24 mois de vie du bébé. Néanmoins, les intervenantes tendent à demeurer disponibles pour répondre aux besoins

émergeants des familles, même si leur dossier est fermé. La «fin» de l'accompagnement offert est donc difficile à circonscrire.

4. **Le PSJP offre un potentiel inestimable pour le développement d'un lien signifiant avec des professionnelles d'expérience.** Ce lien est un ingrédient de résilience essentiel qui peut influencer positivement la trajectoire de vie des jeunes parents et le développement de leurs enfants, entraînant ainsi une réduction de coûts sociaux pour les familles et les communautés, à moyen-long terme. L'Évaluation du PSJP a mis en évidence une intensité soutenue d'intervention postnatale auprès de familles. Cette intensité soutenue serait d'ailleurs associée à des décisions structurantes prises au niveau régional dès 2005-2006 qui ont fait en sorte qu'une part relative plus importante du budget du PSJP soit allouée à l'accompagnement des familles. Soulignons que lorsqu'il y a mise en mouvement d'un lien signifiant, cela crée des opportunités de valorisation pour les jeunes parents ainsi que la construction d'un espace social sécurisant.

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

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



5. **Les infirmières, qui représentent plus de la moitié des intervenantes du PSJP et qui accompagnent la quasi-totalité des familles, ont peu accès à de la supervision clinique.** Pourtant, la construction d'un lien signifiant, un principe fondamental de l'accompagnement, présente divers enjeux à travers la confrontation à la vulnérabilité et aux conséquences d'abus ou de négligence vécu par une part importante des jeunes parents.
6. **Les équipes interprofessionnelles du PSJP organisent de manière différente l'offre de services d'accompagnement aux familles. Toutefois, une majorité présente moins d'opportunités de travail en collaboration.** Les équipes qui comportent davantage d'espaces de collaboration, où se conjuguent les dimensions sociales et de santé de l'intervention, semblent créer des conditions plus favorables à la présence prolongée d'une même intervenante auprès d'une famille.
7. **Les équipes du PSJP entretiennent des liens avec une diversité de ressources** pour accroître l'offre de services aux familles, qu'il s'agisse de ressources internes au CSSS ou de ressources institutionnelles ou communautaires. Des gestionnaires, des organisateurs communautaires ou d'autres intervenantes désignées ont pour mandat spécifique de favoriser l'interconnaissance des acteurs. Cependant, **les relations établies demeuraient peu structurées** en 2009-2010 et comportaient peu de mécanismes propices à la formalisation de collaborations durables.
8. **L'offre de formation continue en appui aux intervenants du PSJP apparaît hétérogène et ponctuelle** malgré les modules de formation élaborés par le MSSS. Qu'il s'agisse de professionnelles déjà en exercice ou nouvellement introduites dans les équipes, des

dimensions centrales de l'intervention d'accompagnement sont peu abordées: le développement de l'enfant, le renforcement de compétences parentales et l'insertion socioprofessionnelle des jeunes parents. Aussi, il y a peu de formation continue ou de mesures de soutien, tant auprès d'intervenants en CSSS que dans les organismes communautaires partenaires, portant sur le travail en collaboration ou en partenariat, pourtant une composante essentielle de ce programme.

9. Il y a quasi-absence de liens de référence documentés ou rapportés entre les intervenantes du PSJP et les médecins qui suivent les jeunes femmes durant ou après la grossesse. Il s'agit d'un enjeu déjà formulé au terme des premières évaluations du programme québécois *Naître égaux – Grandir en santé* qui n'est pas encore résolu. Ceci est d'autant plus préoccupant que la santé physique de la mère n'apparaît pas comme objet d'intervention prioritaire dans les dossiers cliniques des jeunes femmes, que ce soit durant la grossesse ou subséquemment. De plus, la consommation tabagique au début de la grossesse (64% des jeunes femmes) et durant la grossesse (55%) est généralement plus élevée que des données d'enquêtes canadiennes menées auprès de populations similaires.
10. Il a maintes fois été exprimé, par divers intervenants et gestionnaires, qu'il est essentiel de se doter d'indicateurs qui rendent davantage compte de l'action. Cette évaluation illustre bel et bien que le PSJP comporte divers types de contacts avec les familles, individualisés ou en groupe, à domicile (environ 50% des contacts individualisés), au CSSS ou ailleurs. Il s'agit de composer avec la nécessaire flexibilité que comporte la construction d'un lien signifiant, tout en gérant des contraintes organisationnelles liées à la disponibilité des intervenantes. De plus, une diversité de critères est employée pour évaluer la vulnérabilité sociale des familles: une variation a été notée entre les équipes et au sein d'une même équipe. Ceci dit, autant un nombre restreint d'indicateurs, que leur inconstance, réduisent la capacité des équipes et des décideurs à apporter des ajustements qui pourraient être bénéfiques au PSJP, particulièrement auprès de familles vivant un cumul important de conditions de vulnérabilité.

Considérant ces constats, **7 pistes de réflexion** sont présentées à la page suivante. Il s'agit de **zones d'optimisation essentielles** de ce programme d'intervention précoce pour:

- appuyer la pratique d'accompagnement portée par les intervenantes des CSSS;
- soutenir la collaboration des équipes PSJP avec les ressources du réseau local de services du CSSS; et
- identifier des outils et indicateurs pour soutenir le déploiement et l'ajustement de l'axe *Accompagnement des familles* du PSJP.

Ces pistes de réflexion, appuyées par une recherche évaluative d'envergure, sont complémentaires à des recommandations déjà émises en 2011 par des instances régionales et ministérielles du *Comité conseil post-chantiers sur les SIPPE*. Le PSJP étant une initiative reconnue et porteuse d'un potentiel signifiant pour la santé et le bien-être de familles vivant diverses réalités de vulnérabilité sociale, il importe de poursuivre l'action.



L'accompagnement des familles du Programme de Soutien aux jeunes parents:

Pistes de réflexion pour l'action

Pistes de réflexion pour l'action	Pour qui ?
L'instauration de mécanismes de supervision clinique pour les infirmières et les équipes interprofessionnelles.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ intervenants locaux des CSSS ✓ intervenants régionaux des Directions de santé publique qui appuient les SIPPE
L'élaboration de dispositifs et de mécanismes pour appuyer la collaboration entre les équipes PSJP et les ressources des CSSS et de leur réseau local.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ intervenants locaux des CSSS ✓ intervenants locaux du réseau des CSSS ✓ intervenants régionaux des Directions de santé publique qui appuient les SIPPE
La mise à contribution des infirmières au suivi de santé des jeunes femmes, en collaboration avec des médecins.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ intervenants locaux des CSSS ✓ intervenants régionaux des Agences régionales de santé et de services sociaux qui appuient les SIPPE
La formation continue des intervenantes du PSJP et d'organismes communautaires partenaires de l'équipe.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ intervenants régionaux des Directions de santé publique qui appuient les SIPPE ✓ instances concernées du MSSS
L'identification de critères à partir desquels évaluer la vulnérabilité sociale des familles.	
L'identification d'indicateurs rendant compte de la diversité des contacts réalisés.	
L'identification de mécanismes et d'indicateurs pour déterminer la durée réelle de l'accompagnement.	



RAPPORT DE RECHERCHE

ÉVALUATION DE L'ACTUALISATION DU PSJP: L'AXE ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AD	Aire de diffusion
AF	Accompagnement des familles
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CDEC	Corporations de développement économique et communautaire
CEF	Création d'environnement favorable
CÉR	Comité d'éthique de la recherche
CHUSJ	Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
CLE	Centre local d'emploi
CLSC	Centre local de services communautaires.
CPE	Centre de la petite enfance
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSP	Direction de santé publique
ECEM	Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité
EFJ	Enfance – Famille – Jeunesse
ES	Intervenante qui exerce des fonctions d'éducatrice spécialisée
ET	Écart-type
GED	Grille d'évaluation du développement des enfants
IC	Intervalle de confiance
IMC	Indice de masse corporelle
INF	Infirmière
MCC	Mécanismes – contexte – changements
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NÉ-GS	Programme Naître égaux – Grandir en santé
NU	Nutritionniste
OLO	Programme œuf – lait – jus d'orange
PIQ	Programme d'immunisation du Québec
PJ	Protection de la jeunesse
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
RLS	Réseau local de services
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
TS	Travailleuse sociale

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	xii
TABLE DES MATIÈRES	xiii
1. CONTEXTE	1
1.1 Le Programme de Soutien aux jeunes parents.....	1
1.2 L'évaluation du PSJP	3
1.2.1 Objectifs et questions d'évaluation	3
1.2.2 Repères théoriques et opérationnalisation de l'évaluation.....	5
2. PISTES DE RÉFLEXION POUR L'ACTION FONDÉES SUR LES RÉSULTATS	5
3. MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE L'ACTUALISATION DU PSJP SELON L'AXE «ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES»	10
3.1 Portrait de l'accompagnement des familles selon différents moments de la trajectoire d'intervention	11
3.2 Portrait des mères et des pères participant au PSJP.....	14
3.3 Expérience de l'intervention d'accompagnement privilégié.....	17
3.4 Organisation de l'intervention d'accompagnement au sein des équipes et avec les ressources du RLS	18
3.5 Conditions associées au déploiement de l'accompagnement privilégié, aux différents moments de la trajectoire d'intervention.....	22
4. CONCLUSION.....	25
PRINCIPALES RÉFÉRENCES	26

1. CONTEXTE

Dans nos sociétés contemporaines occidentales, la grossesse et la maternité à l'adolescence sont vues comme des problèmes sociaux présentant des conséquences négatives pour la mère, le père, l'enfant et la communauté. Devenir parent précocement peut contribuer à des désavantages à plusieurs niveaux, notamment en termes d'isolement social des jeunes, d'abandon de leurs projets socioprofessionnels, de décrochage scolaire, de précarité d'emploi et d'instauration d'un cycle de dépendance face à l'État. En l'absence de ressources adéquates de soutien, de telles conditions de vie peuvent avoir une incidence sur le bien-être des jeunes parents, sur leur relation avec leurs enfants, ainsi que sur le développement de ces derniers. La maternité précoce pouvant s'inscrire dans une trajectoire de défavorisation et de vulnérabilité, tant pour les jeunes parents que leurs enfants (Goulet, Héon, & Lampron, 2006), l'accès à des services d'accompagnement auprès de ces familles est donc privilégiée au Québec. Des ressources institutionnelles et communautaires des secteurs de la santé, des services sociaux et de l'éducation fournissent une constellation de services aux jeunes parents, particulièrement aux jeunes mères. À cet égard, les *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité* (SIPPE) comportent une ressource spécifiquement destinée aux jeunes parents, soit le programme de *Soutien aux jeunes parents* (PSJP).

Il y a plus d'une décennie, les premiers travaux portant sur l'évaluation de programmes d'intervention précoce, à l'origine des SIPPE, ont été publiés au Québec (Boyer, et al., 2001; Perreault, Boyer, Colin, & Labadie, 2000). Les résultats de l'évaluation du programme *Naître égaux – Grandir en santé* (NÉ-GS), créé en 1991, ainsi que les travaux de recherche portant sur des interventions similaires implantées ailleurs dans le monde, particulièrement aux États-Unis durant les années 1980-90s (Boyer & Laverdure, 2000), ont concouru à mettre de tels programmes à l'agenda des *Priorités nationales de santé publique 1997-2000* au Québec. Issu du *Sommet du Québec et de la jeunesse* tenu en février 2000, le PSJP s'inscrit dans la continuité du programme québécois NÉ-GS. Destiné spécifiquement aux jeunes parents et à leurs enfants, le PSJP a été implanté à travers l'ensemble des services de première ligne, dans le secteur Enfance-Famille-Jeunesse (EFJ) des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) en 2004-2005.

1.1 Le Programme de Soutien aux jeunes parents

Les principes directeurs du PSJP, ainsi que les stratégies d'intervention privilégiées, sont présentés dans le *Cadre de référence* des SIPPE (MSSS, 2004a) et d'autres documents ayant servi à soutenir l'implantation du programme (voir, par exemple, MSSS 2004b, 2004c).

Spécifiquement, **le PSJP s'adresse aux populations suivantes :**

- les jeunes femmes enceintes dont la date d'accouchement est prévue avant leur vingtième anniversaire,
- les mères âgées de moins de 20 ans au moment de leur inscription aux services,
- leurs enfants âgés de 0 à 5 ans,
- les pères de ces enfants et

- les intervenants et gestionnaires des CSSS des équipes EFJ responsables d'offrir les SIPPE sur leur territoire, en collaboration avec leurs partenaires du réseau local de services (RLS).

Le but visé et les objectifs généraux du PSJP, tels que décrits dans le *Cadre de référence des SIPPE* (MSSS 2004a, pp. 14-15), s'inscrivent dans une perspective à long terme pour diminuer la reproduction intergénérationnelle de problèmes sociaux et de santé, dont l'abus et la négligence envers les enfants. Il s'agit de:

- maximiser le potentiel de santé et de bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants de 0 à 5 ans étant dans une situation qui les rend vulnérables; et
- d'inclure la naissance et le développement des enfants dans un projet de vie porteur de réussite pour les parents, tout en renforçant le pouvoir d'agir des familles et des communautés dans toutes les sphères de la vie: personnelle, familiale, sociale, culturelle, économique et politique.

Le **modèle écologique** servant d'assise à ce programme fait en sorte que les objectifs poursuivis s'inscrivent, à la fois, dans des visées populationnelles de ***promotion de la santé***, où il est question de renforcer le pouvoir d'agir des personnes et des communautés en vue d'améliorer les conditions de vie des jeunes parents et de favoriser le développement optimal des enfants; de ***prévention***, puisqu'il importe de réduire l'incidence de facteurs de risque pour la santé et la sécurité des jeunes parents et leurs enfants; et de ***protection*** dans une perspective à long terme de réduction de la reproduction intergénérationnelle d'abus ou de négligence envers les enfants.

Le PSJP comporte **deux principaux axes d'intervention complémentaires** soit, ***l'accompagnement des familles (AF)***, c'est-à-dire les mères, les pères et les enfants, et le soutien à ***la création d'environnements favorables (CEF)***. Il s'agit essentiellement d'offrir un **accompagnement privilégié** aux jeunes familles en situation de vulnérabilité et de faciliter la **mise en réseau de ressources** dans l'optique de favoriser le développement optimal des enfants et de soutenir le pouvoir d'agir des jeunes parents dans l'exercice de leur rôle et dans la poursuite de leurs projets socioprofessionnels, familiaux et personnels.

L'axe **AF** comporte des **services offerts par des intervenantes privilégiées qui accompagnent les parents à travers la grossesse et les cinq premières années de vie de leur enfant**. Il s'agit d'un suivi individualisé offert à partir d'équipes EFJ en CSSS et auquel peuvent s'ajouter des activités de groupe au CSSS ou ailleurs dans le RLS. Les intervenantes privilégiées sont principalement infirmières, nutritionnistes, travailleuses sociales ou psycho éducatrices. Il est attendu qu'elles bénéficient de l'appui d'autres professionnels de leur équipe interdisciplinaire. L'accompagnement individualisé permet aux intervenantes privilégiées de connaître les familles, leur milieu de vie, leurs besoins et leurs aspirations; d'élaborer une intervention selon les réalités des familles; et de soutenir leur recours à d'autres ressources pertinentes. Ces ressources comportent d'autres acteurs du RLS, tels des intervenants communautaires, scolaires, de services de garde ou du secteur de l'emploi et de la solidarité sociale, pour assurer la continuité de

l'accompagnement des familles dans leur milieu de vie et la communauté. Le *Cadre de référence des SIPPE* propose un calendrier de rencontres avec les familles et recommande de moduler la fréquence des contacts selon leur trajectoire développementale. Ainsi, en période prénatale, il est recommandé que les rencontres débutent dès la 12^e semaine de grossesse, puis qu'elles aient lieu toutes les deux semaines. En période postnatale, de la naissance à la sixième semaine de vie du bébé, il est recommandé que les rencontres aient lieu toutes les semaines; de la septième semaine jusqu'à 12 mois, les rencontres sont recommandées aux deux semaines; et de 13 à 60 mois, des rencontres mensuelles sont recommandées, en combinaison avec des activités de groupe. Bien que ces recommandations privilégient des visites à domicile par les intervenantes privilégiées du PSJP, il est attendu que l'intervention soit déployée selon les besoins particuliers exprimés par les familles.

L'autre axe du programme, soit celui de la **CEF**, vise le développement d'initiatives intersectorielles mobilisant des intervenants de divers secteurs d'activité, qu'ils soient d'instances locales, régionales ou nationales, pour agir sur les déterminants de la santé des familles. Ceux-ci comportent tant l'accès à des ressources et services que d'autres déterminants sociaux de la santé, tels un logement et un environnement social sécuritaire. Selon le *Cadre de référence des SIPPE*, les familles étant les premiers acteurs concernés par le programme, elles sont les mieux placées pour parler de ce qu'elles vivent, de leurs besoins et de leurs projets. Il importe alors d'assurer la participation volontaire des familles, sous diverses formes et à divers degrés, pour influencer la réalisation des projets qui les concernent; et pour qu'elles deviennent des acteurs de changement dans la communauté.

1.2 L'évaluation du PSJP

Dans un souci d'amélioration de la qualité du PSJP, le MSSS a mandaté une équipe pour réaliser l'évaluation de ce programme afin de soutenir son actualisation dans ses composantes cliniques, communautaires et institutionnelles, en tenant compte de réalités organisationnelles et régionales.

1.2.1 Objectifs et questions d'évaluation

Le projet d'évaluation comporte **trois objectifs généraux**:

- 1) Documenter comment s'actualise le programme, dans ses deux axes d'intervention AF et CEF;
- 2) Documenter des changements associés au programme;
- 3) Modéliser les liens entre les processus en opération dans ce programme et les changements observés.

Les résultats de l'évaluation sont présentés en trois parties:

Partie 1: L'évaluation de l'actualisation du PSJP, pour l'axe *Accompagnement des familles*

Partie 2: L'évaluation de l'actualisation du PSJP, pour l'axe *Création d'environnements favorables*

Partie 3: L'évaluation de changements associés au programme et la modélisation des processus et changements observés

Le présent rapport, qui porte sur l'évaluation de l'actualisation du PSJP, selon l'axe Accompagnement des familles, correspond à la Partie 1 des résultats de l'évaluation.

Les questions d'évaluation sont les suivantes:

Question 1. Quel est le portrait de l'intervention d'accompagnement auprès des familles, selon différents moments de la trajectoire d'intervention?

- Quels sont les types de contacts?
- Quelle est la durée d'exposition à l'intervention?
- Qui intervient auprès des familles?
- Quels sont les objets d'intervention auprès des familles?
- Quelle est l'intensité de l'intervention, selon les divers types de contact?

Question 2. Qui sont les mères et les pères participant à ce programme?

- Quel est le portrait des familles, à l'entrée du programme?
- Quelles sont les réalités de vulnérabilité sociale des familles?

Question 3. Quelle est l'expérience de l'accompagnement privilégié offert?

- Quelle est l'expérience de l'accompagnement du point de vue de mères et d'intervenantes privilégiées?
- Quelle est l'appréciation des familles au regard de l'intervention?

Question 4. Comment l'intervention d'accompagnement s'organise-t-elle au sein des équipes et avec les ressources du RLS ?

- Quel est le portrait des intervenantes privilégiées?
- Quelles sont les modalités d'organisation des équipes interprofessionnelles?
- Comment se déroulent l'entrée et la sortie du programme?
- Quelles relations se construisent entre les équipes interprofessionnelles et les ressources locales?
- Quelles sont les spécificités de l'allocation des ressources à l'intervention d'accompagnement des familles?

Question 5. Quelles sont les conditions associées au déploiement de l'accompagnement privilégié, aux différents moments de la trajectoire d'intervention?

- Comment varie l'intensité de l'intervention d'accompagnement selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles?
- Quelles conditions contextuelles et de vulnérabilité sociale sont associées à l'attrition dans le programme?
- Quelles conditions contextuelles et de vulnérabilité sociale sont associées à l'intensité de l'accompagnement privilégié?

1.2.2 Repères théoriques et opérationnalisation de l'évaluation

Les repères théoriques de cette évaluation sont présentés à l'**ANNEXE A**.

- Le PSJP est conçu comme un **« système social complexe »** (Checkland, 1981; Donnadieu & Karsky, 2002; Durand, 1979; Morin, 2005),
- selon une **« perspective réaliste critique »** (Bhaskar, 1997; Pawson & Tilley, 1997; Sayer, 2000),
- dont l'intelligibilité peut être réfléchi à travers la **« modélisation systémique »** (Le Moigne, 1999) de résultats générés via une **« méthodologie mixte »** (Tashakkori, & Teddlie, 2003).

Ainsi, l'actualisation du PSJP est réfléchi comme un ensemble de trajectoires diversifiées en devenir, soit un ensemble de traductions (Callon, 1986) qu'opèrent ses acteurs selon leurs contextes propres. L'évaluation vise à documenter ces traductions, plutôt que de chercher à déterminer dans quelle mesure l'application du programme correspond à un devis prédéfini ou standardisé. Elle a pour objet d'identifier les *mécanismes activés* par le programme, selon les *conditions contextuelles* à l'œuvre, et qui donnent lieu à des *changements*. **Il s'agit de comprendre ce qui crée des changements, comment, pour qui, dans quel contexte.**

Entre 2004 et 2006, 19 équipes PSJP/SIPPE de sept régions du Québec ont accepté de participer à cette évaluation de programme, ce qui représente désormais 18 CSSS. L'opérationnalisation de l'évaluation est détaillée à l'**ANNEXE B**. Les équipes ont été sélectionnées selon un processus d'échantillonnage intentionnel stratifié (Patton, 1990) qui visait à maximiser le potentiel de recrutement des familles et à assurer une certaine hétérogénéité des milieux, aux niveaux régional et local. La collecte de données s'est déroulée de 2006 à 2011 et a été effectuée plus en profondeur dans quatre des sept régions (ce qui équivaut à 14 des 19 équipes). Les trois régions additionnelles ont servi à compléter une cohorte de familles. Il est à noter que la réponse à certaines questions nécessite le croisement de données issues de plus d'une composante de l'*Évaluation du PSJP*. Une synthèse des méthodes employées est présentée à l'**ANNEXE H.1**.

2. PISTES DE RÉFLEXION POUR L'ACTION FONDÉES SUR LES RÉSULTATS

L'*Évaluation du PSJP* indique que des ingrédients essentiels d'une intervention d'accompagnement de familles vivant en situation de vulnérabilité sont déployés. Ceci justifie que les instances décisionnelles concernées appuient la poursuite de ce programme. Sept premières pistes de réflexion sont formulées à l'intention d'instances ministérielles, régionales et locales pour assurer l'optimisation de ce programme. Ces pistes découlent des constats de l'évaluation et sont complémentaires à des recommandations déjà émises par le *Comité conseil post-chantiers sur les SIPPE* (Therrien et al., 2011).

En particulier, les sept éléments de réflexion suggérés visent le renforcement du déploiement d'une intervention d'accompagnement privilégiée correspondant aux principes reconnus d'une intervention précoce en contexte de vulnérabilité sociale (Moreau, Léveillé, & Roy, 1998; Shonkoff & Meisels, 2000; Tarabulsky, Provost, Drapeau, & Rochette, 2009). Ces principes suggèrent

d'assurer une certaine intensité d'accompagnement à travers le développement d'un **lien significatif**; d'instaurer une **diversité de modalités de contact**, en **collaboration avec un réseau de ressources** accessibles et sensibles aux réalités des jeunes parents et leurs enfants; et de déployer une **action globale**, tant auprès des enfants que des parents. À prime abord, l'intensité s'avère une condition première de l'intervention précoce (Moreau & El-Hachem, 2011), d'où la centralité de cette mesure dans l'*Évaluation du PSJP*. C'est à travers une intervention soutenue qu'il est possible de construire un lien significatif et d'offrir une diversité de ressources dans une perspective globale, en soutien au renforcement des capacités des enfants et des parents.

Les pistes de réflexion renvoient à trois dimensions inter-reliées soit 1) l'appui à la pratique de l'accompagnement privilégié porté par les intervenantes des CSSS; 2) le soutien au développement de la collaboration avec les ressources du RLS; et 3) l'identification d'outils et d'indicateurs pour soutenir le déploiement de l'axe d'*Accompagnement des familles* du PSJP.

1^{re} piste de réflexion en appui à la pratique d'accompagnement privilégié: l'instauration de mécanismes de supervision clinique pour les infirmières et les équipes interprofessionnelles

Considérant que:

- le PSJP offre un potentiel inestimable pour le développement d'un lien significatif avec des professionnelles d'expérience;
- un lien significatif avec une professionnelle qui reconnaît l'expérience vécue et les capacités de personnes vivant en situation de vulnérabilité est un ingrédient de résilience de premier plan qui peut avoir une incidence importante sur la trajectoire de vie des jeunes parents et le développement de leurs enfants (Denis, Malcuit, & Pomerleau, 2005; Schonkoff & Phillips, 2000; Rutter, 2006), ainsi que sur la réduction des coûts sociaux, à moyen-long terme, pour les familles et les communautés (Aos, Lieb, Mayfield, Miller, & Pennucci, 2004; Keating & Hertzman, 1999; Temple & Reynolds, 2007);
- l'établissement d'un tel lien ne va pas de soi à travers les divers enjeux que comporte la confrontation à la vulnérabilité et aux conséquences de traumatismes vécus par une part importante des jeunes parents durant leur enfance ou leur adolescence;
- les infirmières, qui sont responsables de la majorité des contacts auprès des familles, ont peu accès à de la supervision clinique;
- la collaboration interprofessionnelle qui conjugue les dimensions sociales et de santé de l'accompagnement facilite la présence prolongée d'une intervenante privilégiée auprès d'une famille; et enfin,
- il y a présence soutenue de la famille élargie auprès des jeunes parents, ainsi que du père de l'enfant à naître, particulièrement durant la grossesse, lesquels ont une incidence sur l'adaptation des jeunes parents à leurs nouveaux rôles et sur le développement et le bien-être de l'enfant (Boivin & Hertzman, 2012; Breton, Puentes-Neuman, & Paquette, 2009; Lamb, 1997; Pomerleau, Malcuit, Moreau, & Bouchard, 2005; Shonkoff & Phillips, 2000);

Il serait opportun que des **intervenants locaux des CSSS**, ainsi que des **intervenants régionaux des Directions de santé publique** qui appuient les SIPPE, s'entendent sur l'instauration de **mécanismes de supervision et d'accompagnement clinique**, autant pour les infirmières que les équipes interprofessionnelles dans leur ensemble, pour soutenir l'élaboration et le maintien de relations significatives avec les jeunes parents, à travers une intervention continue qui conjugue des dimensions sociales et de santé et qui prend en compte leur réseau social familial.

2^e piste de réflexion en appui à la pratique d'accompagnement privilégié: l'élaboration de dispositifs et de mécanismes pour appuyer la collaboration avec les ressources du RLS

Considérant que:

- la collaboration des équipes PSJP/SIPPE, généralement engagée avec des ressources communautaires, comportait peu de mécanismes propices à la formalisation de collaborations durables pour faciliter l'accès des familles aux services pertinents, en temps opportun;
- les intervenantes du PSJP se déplacent peu vers/dans les ressources du RLS, tout en tentant d'y référer les familles afin d'élargir leur réseau de ressources; et enfin,
- il y aurait une attrition du PSJP plus précoce pour les familles cumulant davantage de conditions de vulnérabilité sociale, et que cette attrition apparaît associée à une plus grande utilisation de services de garde ou de haltes-répît/garderies, sans que les jeunes femmes aient nécessairement entrepris un retour à l'école ou sur le marché du travail;

Il serait opportun que des **intervenants locaux des CSSS et leurs RLS**, ainsi que des **intervenants régionaux des Directions de santé publique** qui appuient les SIPPE, s'entendent sur des **dispositifs et mécanismes de collaboration à privilégier entre les équipes du PSJP et les ressources du RLS, notamment des services de garde**, pour assurer **la continuité de l'accompagnement privilégié postnatale** auprès des familles dont la vulnérabilité sociale n'est plus à démontrer. Une complémentarité accrue de services et de ressources, pour renforcer la densité de l'intervention en réponse aux besoins des jeunes parents et leurs enfants, comporte vraisemblablement un **potentiel d'élaboration de formes plurielles d'accompagnement postnatal**, un chantier qui demeure peu exploré par les équipes interprofessionnelles.

3^e piste de réflexion en appui à la pratique d'accompagnement privilégié: la mise à contribution des infirmières au suivi de santé des jeunes femmes, en collaboration avec des médecins

Considérant que:

- il y a quasi-absence de liens de référence documentés ou rapportés entre les médecins du réseau et les intervenantes du PSJP, soulignant ainsi qu'un enjeu déjà formulé au terme des premières études associées au programme NÉ-GS n'est pas encore résolu;
- la santé physique de la mère ne ressort pas comme objet d'intervention prioritaire de l'accompagnement privilégié, que ce soit durant la grossesse ou subséquemment, alors que les indices de consommation tabagique, d'alcool et de drogues demeurent préoccupants;

- l'accessibilité à un médecin de famille s'avère un enjeu sociétal de taille qui peut accroître une possible discontinuité du suivi de santé physique de la jeune mère, particulièrement durant la grossesse; et enfin,
- la majorité des familles accompagnées dans le cadre du PSJP sont en contact avec des infirmières dont le champ d'exercice et les activités qui leur sont réservées constituent une source indéniable d'optimisation du suivi de santé physique et mentale des jeunes femmes et de leurs enfants (*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, 2002; Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, 2009*);

Il serait opportun que des **intervenants locaux des CSSS**, ainsi que des **intervenants régionaux des Agences régionales de santé et de services sociaux** qui appuient les SIPPE, s'entendent sur la **mise à contribution soutenue et prioritaire des infirmières au suivi des santé** des jeunes femmes et leurs enfants, **en collaboration avec médecins** du RLS, que ce soit par des ordonnances collectives ou via des dispositifs établis de partage d'informations médicales, ceci dès la confirmation de la grossesse.

4^e piste de réflexion en appui à la pratique d'accompagnement privilégié: la formation continue des intervenantes privilégiées et des partenaires des ressources du RLS

Considérant que:

- l'offre de formation continue aux intervenantes du PSJP apparaît hétérogène et ponctuelle, qu'il s'agisse de professionnelles déjà en exercice ou nouvellement introduites dans les équipes, notamment sur des dimensions centrales de l'intervention d'accompagnement privilégié, soit le développement de l'enfant, le renforcement de compétences parentales et l'insertion socioprofessionnelle des jeunes parents;
- à l'instar de programmes qui se situent à la jonction de services de première ligne et de la santé publique, tant au Québec (Brahimi, 2011), qu'ailleurs dans le monde (Board on Population Health and Public Health Practice, & Institute of Medicine, 2012), il y a peu de formation ou de mesures de soutien au développement des capacités des intervenantes professionnelles ou communautaires portant sur le travail en collaboration ou en partenariat; et enfin,
- l'amélioration continue des pratiques bénéficie de l'introduction d'espaces de discussion et de ressources ou d'outils validés, en temps réel, en cours d'intervention (Arney & Scott, 2010; Théolis, Bigras, Desrochers, Brunson, Régis, & Prévost, 2010; Turney, Platt, Selwyn, & Farmer, 2012);

Il serait opportun que des **intervenants régionaux des Directions de santé publique** qui appuient les SIPPE et des **instances concernées du MSSS** établissent des **mécanismes de formation continue intégrés à la pratique** dans l'optique de contribuer au maintien de relations d'accompagnement signifiants avec les familles, dans le respect des missions respectives des équipes interprofessionnelles et des ressources du RLS.

5^e piste de réflexion en appui au déploiement de l'axe *Accompagnement des familles* du PSJP: l'identification de critères à partir desquels évaluer la vulnérabilité sociale des familles

Considérant que:

- les intervenantes du PSJP ajustent l'intervention d'accompagnement selon leur jugement clinique de la vulnérabilité sociale des familles pour gérer l'entrée au programme, pour établir des priorités parmi les familles accompagnées, pour privilégier certaines contributions professionnelles, ou pour mettre un terme à l'intervention;
- la diversité de critères qu'emploient les intervenantes pour évaluer la vulnérabilité sociale des familles varie d'une équipe à l'autre, et au sein d'une même équipe, ce qui amoindrit tant la portée du jugement clinique que la capacité des équipes et décideurs à réfléchir et à ajuster l'action, de manière plus systématique; et enfin
- une bonne partie des critères pris en compte par les professionnelles suggèrent une excellente validité de contenu de l'indice de vulnérabilité sociale construit dans le cadre de cette recherche évaluative, lequel permet d'ailleurs de discerner différentes trajectoires d'intervention vraisemblables, selon la réalité des familles;

Il serait opportun que des **instances concernées du MSSS** et des **intervenants régionaux des Directions de santé publique** qui appuient les SIPPE identifient, à court terme, des **critères à partir desquels évaluer la vulnérabilité sociale des familles** dès l'amorce de l'intervention d'accompagnement durant la grossesse, afin d'appuyer le raisonnement clinique des intervenantes. À moyen terme, la poursuite de travaux de validation de la mesure élaborée dans le cadre de cette recherche évaluative permettrait d'optimiser l'intervention d'accompagnement, en synchronie avec les réalités des familles et les ressources avec lesquelles composent les équipes interprofessionnelles.

6^e piste de réflexion en appui au déploiement de l'axe *Accompagnement des familles* du PSJP: l'identification d'indicateurs rendant compte de la diversité des contacts réalisés

Considérant que:

- des propos ont maintes fois été exprimés, par divers intervenants, quant à l'importance de se doter d'indicateurs qui rendent davantage compte de l'action;
- il est justifié de rendre compte des visites à domicile réalisées, compte tenu du cumul de résultats probants quant aux apports bénéfiques de ces modes d'intervention (American Academy of Pediatrics, & Council on Child Adolescent Health, 1998 ; Bilukha et al., 2005; Cowley et al., 2012 ; MacLeod & Nelson, 2000);
- l'accompagnement privilégié dans le cadre du PSJP comporte une diversité de trajectoires, qu'il s'agisse d'intervention individualisée ou de groupe, reflétant ainsi la nécessaire flexibilité que comporte la construction d'un lien signifiant, du moins durant les deux premières années de vie du bébé; et enfin,
- le recours à un nombre restreint d'indicateurs ne permet pas de saisir les particularités de l'accompagnement privilégié, ni d'apporter des ajustements qui pourraient être bénéfiques,

notamment auprès des familles vivant un cumul important de conditions de vulnérabilité sociale: celles-ci recevraient une intensité moins importante d'intervention puisqu'elles ont tendance à moins se déplacer au CSSS, tout en demeurant apparemment exposées à la même intensité de visites à domicile postnatales que les autres familles;

Il serait opportun que des **instances concernées du MSSS** et des **intervenants régionaux des Directions de santé publique** qui appuient les SIPPE se penchent sur la pertinence de se doter d'**indicateurs** pour documenter les **divers types de contacts réalisés auprès des familles, en complémentarité aux visites à domicile**, et selon les conditions de vulnérabilité sociale des familles, afin d'affiner l'appréciation et l'ajustement conséquent des particularités de l'accompagnement privilégié.

7^e piste de réflexion en appui au déploiement de l'axe *Accompagnement des familles* du PSJP: **l'identification de mécanismes et d'indicateurs pour déterminer la durée réelle de l'intervention d'accompagnement**

Considérant que:

- le PSJP comporte un suivi d'une durée d'environ 5 années jugée irréaliste par les parents, intervenantes et gestionnaires, ce que confirme d'ailleurs une attrition documentée de plus de 60% des familles après 18 mois de vie des bébés;
- les intervenantes tendent à demeurer disponibles auprès des familles pour répondre à des besoins émergents, même si le dossier est fermé; et enfin
- la fin de l'intervention d'accompagnement apparaît équivoque et difficile à circonscrire étant donné les différents critères en opération;

Il serait opportun que des **instances concernées du MSSS** et des **intervenants régionaux des Directions de santé publique** qui appuient les SIPPE se penchent sur la pertinence de se doter de **mécanismes et d'indicateurs**, à travers l'ensemble des équipes PSJP/SIPPE, pour déterminer la durée réelle, voire réaliste, de cette intervention.

3. MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE L'ACTUALISATION DU PSJP SELON L'AXE «ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES»

Les cinq sections suivantes présentent, pour chacune des cinq questions de recherche, des éléments essentiels de la méthode déployée, la portée des résultats, les principaux constats, ainsi des réponses formulées au regard des objets d'évaluation. Le détail des différentes composantes de l'évaluation est présenté aux annexes auxquels il est possible d'accéder via des hyperliens introduits dans ce rapport synthèse en sélectionnant les rubriques «**ANNEXE**» figurant en rouge. Le lecteur attentif notera que certains constats ne sont pas abordés par le biais des pistes de réflexion précédentes. Ils seront considérés de pair avec des résultats présentés dans les rapports d'évaluation subséquents pour assurer une interprétation éclairée.

3.1 Portrait de l'accompagnement des familles selon différents moments de la trajectoire d'intervention

Une analyse documentaire des dossiers cliniques des 451 familles ayant accepté de participer à l'Évaluation du PSJP a été réalisée (**ANNEXE C**). Plus de 34,000 contacts ont été documentés pour six périodes d'intervention: la période prénatale; les six premières semaines de vie du bébé; de 6 semaines à 6 mois; de 7 à 12 mois; de 13 à 18 mois; et de 19 à 24 mois. Des mesures agrégées combinant le nombre de contacts et la durée d'exposition ont été développées pour produire des indices d'intensité, lesquels traduisent le «dosage» de l'intervention. Un indice de «1» suggère que l'intensité visée par le programme est atteinte. Un indice de moins de «1» suggère que l'intensité de l'intervention est moins forte que prescrite par le programme; tandis qu'un indice supérieur à «1» indique une intensité plus forte que ce qui est prévu. Il importe de noter que les résultats ne s'appliquent qu'aux familles qui *demeurent* dans le programme. De plus, il s'agit d'indicateurs conservateurs, dans la mesure où il peut y avoir sous-estimation de certaines dimensions de l'accompagnement qui ne sont pas documentées systématiquement. Toutefois, les variations constatées selon le type de contact et la période d'intervention constituent des indicateurs signifiants de la trajectoire de l'intervention d'accompagnement des familles.

Constats

Période prénatale

1. La majorité des contacts individuels auprès des familles se déroule à domicile (57%) et le premier contact d'intervention privilégiée auprès des jeunes femmes enceintes a lieu, en moyenne, à 17,4 semaines de grossesse plutôt qu'à 12 semaines, tel que recommandé par le *Cadre de référence* des SIPPE.
2. Les infirmières accompagnent la presque totalité des familles et sont responsables de près de la moitié des contacts. Les nutritionnistes et les travailleuses sociales se partagent l'autre 50%, à parts presque égales.
3. Les objets d'intervention documentés sont, dans l'ordre, les conditions de vie (96% des familles), les habitudes de vie des parents (87%), la parentalité (52%), le développement de l'enfant (49%) et la santé physique et mentale de la mère (41%) et ses projets de vie (28%).
4. Au moins 3 familles sur 4 ont été référées vers des ressources du RLS une fois ou plus durant la grossesse. Peu de familles (8%) sont accompagnées par une intervenante privilégiée vers ces ressources.
5. L'intensité de l'accompagnement privilégié individualisé suggère que l'intensité visée par le programme est plus modeste que prévu (indice = 0,72) durant la période prénatale. Toutefois, durant les six dernières semaines de grossesse, l'intensité de l'intervention individualisée (indice = 0,86) est presque deux fois plus élevée que celle précédant cette période (indice = 0,48). Lorsque les contacts par intervention de groupe sont considérés, l'intensité d'intervention prénatale visée s'avère pratiquement atteinte, avec un indice de 0,95.

Six premières semaines de vie du bébé

6. Une proportion significativement plus importante des contacts (71 %) a lieu au domicile des familles, comparativement à la période prénatale.
7. Les infirmières accompagnent toujours la presque totalité des familles (96%) et réalisent trois contacts sur quatre durant cette période d'intervention.
8. Les objets d'intervention documentés sont, dans l'ordre, le développement de l'enfant (92% des familles) et le soutien à la parentalité (66%); suivis des conditions de vie des familles (54%), des habitudes de vie des parents (48%) et la référence vers des ressources du RLS (52%); et enfin, la santé physique et mentale de la mère (29%), en dehors du suivi postnatal habituel.
9. L'intensité de l'accompagnement privilégié est généralement atteinte, voire légèrement plus élevée que ce qui est visé par le programme (indice = 1,09) durant les six premières semaines de vie du bébé.

Période postnatale (6 semaines à 24 mois de vie du bébé = 4 périodes d'intervention)

10. La part de contacts via des visites à domicile serait relativement stable, soit au moins un contact sur deux.
11. La proportion de familles exposées à des contacts individualisés durant la totalité de chaque période postnatale considérée diminue significativement à travers le temps, soit de 70% des familles (période 6 semaines à 6 mois de vie du bébé) à 18% des familles (période 19 à 24 mois de vie du bébé).
12. La majorité des familles demeure accompagnée par une infirmière; près de la moitié par une travailleuse sociale; et jusqu'au tiers par une nutritionniste. Les éducatrices spécialisées seraient plutôt engagées dans l'accompagnement de familles à partir des six premiers mois de vie du bébé (seulement pour moins du quart des familles). Le nombre moyen d'intervenantes ou de professions différentes engagées auprès des familles se situe aux environs de deux et ne varie pas significativement à travers le temps.
13. Les objets d'intervention documentés sont, dans l'ordre, le développement de l'enfant (8 à 9 familles sur 10), le soutien à la parentalité (6 à 7/10), la santé physique et mentale de la mère (3 à 4/10) et les projets de vie des parents portant sur l'école, le travail ou la vie de couple (3/10). La proportion de familles dont les dossiers rendent compte d'interventions relatives à leurs conditions de vie, aux habitudes de vie des parents et à la référence vers des ressources du RLS diminue avec le temps; tandis que l'accompagnement vers les ressources du RLS demeurerait, vraisemblablement, une pratique marginale considérant le peu de documentation de cette pratique.
14. L'intensité de l'accompagnement privilégié individualisée est légèrement plus élevée que ce qui est visé par le programme durant les 6 premiers mois de vie du bébé (indice = 1,07). Par la suite, il y a diminution significative de cette mesure globale d'intensité, laquelle équivaut à 63% de l'intensité envisagée auprès des familles qui sont toujours accompagnées entre 19 et 24 mois de vie du bébé. De plus, durant les 6 premiers mois de vie du bébé, une intensité significativement plus élevée (indice = 1,50) que celle envisagée par le programme serait

atteinte lorsque les interventions de groupe sont considérées. Cet indice (interventions individualisés + groupe) demeure près de 1 jusqu'à environ 18 mois de vie du bébé.

En réponse aux questions d'évaluation:

- L'accompagnement privilégié comporte différents types de contacts significatifs, principalement à domicile, en CSSS et au téléphone. Bien qu'il y ait des variations selon les périodes d'intervention, plus de la moitié des contacts documentés ont lieu à domicile.
- La durée moyenne d'exposition prénatale au PSJP serait plus modeste que ce qui est prévu, soit d'environ cinq à six semaines en moins. Ceci équivaut à une intensité d'accompagnement individualisé équivalent à 72% de ce qui est attendu.
- La durée envisagée de 5 années d'intervention d'accompagnement ne semble pas réaliste considérant l'attrition notée de plus de 60% des familles durant la dernière période d'intervention documentée, à 19-24 mois de vie du bébé; et que seulement 18% des familles ont eu des contacts durant toute cette période.
- L'accompagnement privilégié auprès des familles est généralement porté par plus d'une intervenante et est principalement réalisé par des infirmières, suivi de travailleuses sociales et de nutritionnistes.
- Durant la grossesse, des préoccupations liées aux conditions de vie des familles et aux habitudes de vie des parents constitueraient les principaux objets d'intervention. Il s'agit de répondre rapidement à des besoins permettant d'assurer un environnement satisfaisant à la venue de l'enfant. Près de trois familles sur quatre ont été référées vers des ressources du milieu au moins une fois durant la grossesse, ce qui est plus élevé que ce qui a été noté lors des premières évaluations du programme NÉ-GS.
- Avec l'arrivée du bébé, l'accompagnement privilégié semble principalement porter sur le développement de l'enfant et la parentalité, en synchronie avec le principe d'une action centrée à la fois sur les enfants et les parents.
- Il est difficile de saisir dans quelle mesure la santé physique et mentale de la mère constitue un objet d'intervention aussi prioritaire que leurs conditions et habitudes de vie, bien que ces dimensions essentielles soient inter-relées. La quasi-absence de liens de référence documentés entre les médecins des jeunes femmes et les intervenantes du PSJP suggère un certain risque de discontinuité au regard de l'intervention portant sur la santé physique de la mère. Il s'agit là d'une préoccupation déjà formulée au terme des premières études associées au programme NÉ-GS.
- Le projet de vie des parents portant sur l'école, le travail ou la vie de couple n'apparaît pas comme objet d'intervention prioritaire. De plus, très peu de familles sont accompagnées par une intervenante privilégiée vers une ressource extérieure au CSSS, dans le RLS. Il s'agirait d'une pratique marginale.
- L'intensité de l'intervention déployée rend compte d'ajustements, selon une trajectoire temporelle: la présence imminente du bébé, puis son arrivée, sont associées à une intensité d'intervention accrue jusqu'à 6 mois de vie de l'enfant. Il y aurait donc une tendance à moduler l'intensité de l'intervention selon le stade de la grossesse ou avec l'arrivée du bébé, à l'image de

l'intervention habituelle auprès de femmes enceintes. La réduction subséquente de l'intensité de l'intervention doit toutefois être interprétée à la lumière des trajectoires et caractéristiques des familles, ainsi que l'organisation des services.

- Il est permis de croire que, lorsqu'elles sont déployées, les interventions via contact de groupe contribuent significativement à atteindre l'intensité souhaitée d'intervention PSJP auprès des familles durant les périodes prénatales et postnatales jusqu'à 18 mois de vie du bébé.

3.2 Portrait des mères et des pères participant au PSJP

Une cohorte comportant un suivi longitudinal de familles (jeunes/parents et leurs enfants) a été instaurée en septembre 2006 sur une durée de quatre ans: 451 familles, incluant 451 jeunes femmes et 322 pères ou partenaires ont accepté de participer; et des données développementales ont été recueillies directement auprès de 361 bébés à 5 mois et 291 bébés à 17 mois. Des questionnaires ont été administrés en quatre temps: 1) près du moment de l'inscription au programme; 2) les dernières semaines précédant l'accouchement; 3) à 5 mois de vie du bébé; et 4) à 17 mois de vie de l'enfant. Il est à noter que le portrait descriptif des familles repose sur les données des deux premiers temps de mesure prénatal. L'analyse comporte des statistiques descriptives transversales, par temps de mesure; et des comparaisons (Tests de Student; Tests de Chi-carré d'indépendance) pour distinguer des différences statistiquement significatives selon le genre (jeunes femmes vs les pères/partenaires) et selon trois réalités de vulnérabilité sociale. L'opérationnalisation théorique et statistique du construit de vulnérabilité sociale comporte une analyse de clusterisation. L'**ANNEXE D** présente le détail de la méthode.

La transférabilité des résultats serait circonscrite à une population relativement homogène, soit des jeunes parents majoritairement nés au Québec, s'identifiant comme francophones. Par ailleurs, bien qu'il soit possible que les mécanismes de recrutement déployés pour la constitution de cette cohorte aient pu introduire un certain biais de sélection, étant donné la contribution essentielle des intervenantes privilégiées à notre accès aux familles, il a été possible de rejoindre des familles vivant différentes réalités de vulnérabilité sociale. Enfin, il est à souligner que le degré selon lequel ces réalités de vulnérabilité sociale sont le reflet des limites des instruments de mesure ou de la méthode d'analyse de clusterisation demeure incertain. Néanmoins, il s'agit d'une opérationnalisation crédible de cette condition multidimensionnelle, à partir d'informations pouvant être recueillies en situation d'intervention par des intervenantes privilégiées.

Constats

Portrait des familles, à l'entrée du programme

- 15.** Les jeunes femmes enceintes sont âgées de 18,4 ans, en moyenne (13 à 20 ans), 31% ont déjà connu une grossesse antérieure, et 45% d'entre elles rapportent une histoire de maternité précoce pour leur propre mère. Près du deux tiers des jeunes femmes sont dépendantes financièrement durant la grossesse, avec 24% bénéficiant du soutien de leurs parents ou conjoints et 38 % vivant principalement d'aide financière de l'État. En termes de scolarité, 23% fréquentait l'école ou avait terminé son 5^e secondaire au début de la grossesse, tandis que 70 % de leurs partenaires n'avaient pas terminé leur 5^e secondaire.

16. Plus de 80% des parents participant à l'évaluation du PSJP rapportent une expérience de négligence émotionnelle qualifiée de «sévère à extrême». Aussi, 28% des jeunes femmes rapportent une expérience d'abus sexuel qualifiée de «sévère à extrême» et près de la moitié ont indiqué avoir eu des contacts avec des intervenants de la Protection de la jeunesse (PJ) durant leur enfance ou leur adolescence.
17. Le réseau de soutien des jeunes parents est principalement constitué de la famille immédiate (6 personnes significatives, en moyenne). En fin de grossesse, 84% des jeunes femmes sont toujours en relation avec le père de l'enfant à naître.
18. La première visite de suivi de grossesse, chez un médecin, aurait lieu durant la 12^e semaine, en moyenne. Il s'agit d'une amorce plus tardive comparativement à d'autres données canadiennes. Cependant, ce portrait est plus favorable que celui issu des évaluations du programme NÉ-GS.
19. Plus de la moitié des jeunes femmes ont rapporté des conditions témoignant de problèmes de santé physique ou mentale durant la grossesse, bien que cela représente relativement peu de diagnostics médicaux. Plus du tiers des jeunes femmes a subi une chute, un coup ou un accident durant la grossesse; et près de 3 % ont rapporté avoir été victimes de violence. Aussi, presque une jeune femme sur deux aurait un IMC présentant un risque pour la santé, en début de grossesse, ce qui est moins favorable que des données d'enquêtes canadiennes sur l'expérience de la maternité. Enfin, le niveau de détresse psychologique ressentie par les jeunes parents est préoccupant: 62 % des jeunes femmes et 43 % de leurs partenaires rapportent un niveau élevé de détresse psychologique.
20. Au niveau des habitudes de vie, 64 % des jeunes femmes fumaient la cigarette au moment où elles ont appris qu'elles étaient enceintes, dont 95% quotidiennement. Durant la grossesse, 55 % continuent de fumer. Près du tiers (32%) rapportent une consommation de drogues en début de grossesse, tandis que 17% continuent durant la grossesse. Il s'agit de taux plus élevés que ceux rapportés par de données d'enquêtes canadiennes.
21. Un inventaire des connaissances et croyances des jeunes parents au sujet de stratégies parentales et du développement et de comportements d'enfants permet de constater des pourcentages similaires de bonnes réponses par les jeunes femmes et leurs partenaires (66 % vs 62%) en fin de grossesse. Ces scores ne sont pas plus faibles que ceux obtenus auprès d'autres populations comparables.
22. Trois réalités de vulnérabilité sociale sont mises en évidence dans cette cohorte (R1, R2, R3). Les familles se distinguent comme suit, à l'entrée dans le PSJP:
 - a. Les **familles du regroupement R1** s'inscrivent dans une trajectoire qui s'apparente davantage au parcours de jeunes adultes en devenir. Ces couples en sont majoritairement à une première grossesse. Les jeunes femmes sont, en moyenne, majeures; et leur principale source de revenu est un emploi, suivi de ressources de l'État. La majorité des pères des enfants à naître occupent un emploi.
 - b. Les **familles du regroupement R2** se distinguent tout particulièrement par le fait que les jeunes femmes habitent toutes chez leurs parents, ou ceux de leur partenaire, durant la grossesse. Ces couples sont, en moyenne, plus jeunes et ont tendance à se connaître

depuis moins longtemps que les autres parents de la cohorte. Leur principale source de revenu est l'aide de leurs parents; et ils ont moins tendance à participer à des cours prénataux ou à utiliser des ressources du quartier pour de l'aide matérielle.

- c. Les **familles du regroupement R3** comprennent davantage de personnes qui rapportent une perception moins favorable de leur santé et qui cumulent diverses conditions ayant une incidence sur celle-ci. Tant les jeunes femmes que les pères des enfants à naître ont un niveau de détresse psychologique plus élevé que les autres personnes de la cohorte. La majorité des jeunes femmes n'en sont pas à leur première grossesse et près de neuf sur 10 sont en situation de décrochage scolaire. Elles connaissent le père de l'enfant depuis six mois ou plus et la majorité vivent en couple avec lui. Leur principale source de revenu provient de l'État ou d'un emploi. Ce regroupement comporte davantage de jeunes femmes et de pères qui consomment des drogues; et leur expérience de traumatisme dans l'enfance est plus marquée.

En réponse aux questions d'évaluation:

- Tout indique que le programme rejoint des jeunes parents, tant des futures mamans que des pères des bébés à naître, vivant en situation de vulnérabilité sociale. Que ce soit en termes de reproduction intergénérationnelle de maternité précoce, de dépendance financière, de faible niveau de scolarité, d'une histoire importante de traumatismes vécus durant l'enfance ou l'adolescence, ou d'un niveau élevé de détresse psychologique pendant la grossesse, la situation des jeunes femmes enceintes et des pères des enfants à naître est préoccupante.
- Cependant, un réseau de soutien familial est présent et une proportion importante de jeunes femmes enceintes demeure en relation avec le père de l'enfant à naître. À cet effet, l'accompagnement privilégié constitue une opportunité essentielle pour rejoindre ces pères.
- La santé physique et mentale des jeunes femmes durant la grossesse s'avère préoccupante, et ce d'autant plus qu'il y a discontinuité potentielle du suivi de grossesse réalisé par un corps médical avec lequel les intervenantes privilégiées ont peu de contacts.
- Considérant les objets d'intervention documentés dans les dossiers cliniques des familles, la faible réduction de la consommation tabagique demeure préoccupante; tandis que les niveaux de connaissance au sujet du développement et de comportements d'enfants et de stratégies parentales témoignent tout de même de certains acquis.
- La vulnérabilité sociale des jeunes parents n'est pas une condition invariable. Certains s'inscrivent dans une trajectoire qui s'apparente davantage au parcours de jeunes adultes en devenir. D'autres se distinguent par des couples plus jeunes qui se connaissent depuis moins longtemps, et dont les jeunes femmes enceintes habitent toutes chez leurs parents, ou ceux de leur partenaire. Enfin, une autre réalité comprend des personnes cumulant, de manière plus substantielle, divers facteurs de risque reconnus. Ces différentes réalités de vulnérabilité sociale doivent être prises en compte tant dans le déploiement de l'intervention d'accompagnement des familles que l'évaluation du PSJP.

3.3 Expérience de l'intervention d'accompagnement privilégié

Une approche qualitative interprétative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes parents et leurs intervenantes a été retenue pour décrire l'expérience de l'accompagnement privilégié. Une stratégie d'échantillonnage intentionnel déployée dans 10 équipes à travers quatre régions a rejoint 27 parents (47 entretiens) et 30 intervenantes (39 entretiens) en période prénatale, puis à 6 et 18 mois de vie des bébés. Les participants proviennent d'une hétérogénéité de contextes organisationnels et reflètent différentes réalités de vulnérabilité sociale. Cependant, les jeunes femmes rencontrées en période postnatale ne sont pas représentatives de l'ensemble de la cohorte: elles avaient toutes effectué un retour aux études depuis la naissance du bébé, comparativement à 45% parmi les 290 mères de la cohorte rencontrées au quatrième temps de mesure (17 mois). Ceci dit, les propos des intervenantes peuvent être considérés transférables. Prenant pour appui une modélisation du concept d'accompagnement, une analyse qualitative thématique a été réalisée. Les *patterns* repérés font en sorte que l'expérience d'accompagnement prénatale comporte des résultats par dyade; et les thèmes sont présentés uniquement par type d'acteur pour la période postnatale. L'**ANNEXE E** élabore le détail de la méthode et des thèmes résultants, avec des verbatim à l'appui. Pour ce rapport, seuls les propos relatifs à l'intervention auprès de jeunes femmes ont été considérés. Certains résultats ont été croisés avec des données de la cohorte portant sur l'appréciation de l'intervention (**ANNEXE D**); tandis qu'ils confirment des tendances observées quant aux objets d'intervention identifiés via l'analyse des dossiers cliniques (**ANNEXE C**).

Constats

23. **La maternité précoce s'avère une expérience généralement positive** pour les jeunes femmes. L'événement participe à une **trajectoire de responsabilisation** qui génère des opportunités de réalisation de soi, de valorisation et de réussites. L'enfant, au cœur des préoccupations, s'inscrit dans le projet de *devenir une bonne mère*, ainsi que celui de retourner à l'école ou d'obtenir un diplôme pour améliorer ses conditions de vie. Il s'agit d'une expérience comportant un potentiel d'autonomie pour les jeunes femmes.
24. **Les intervenantes s'investissent résolument dans la construction d'une relation de proximité**, en mettant à profit leurs savoirs cliniques, expérientiels et personnels. L'intervention d'accompagnement, marquée par **la volonté de répondre aux besoins des parents**, tout particulièrement d'ordre matériel et informationnel, se transforme avec le temps. Partant d'une posture proactive de réponse à des besoins urgents durant la période prénatale, l'intervenante adopte une posture de veille et d'orientation auprès des familles accompagnées.
25. **Durant la période d'intervention prénatale**, certaines conditions faciliteraient la relation d'accompagnement soit, lorsque les jeunes femmes se conçoivent comme étant vulnérables, sont engagées et disposées à recevoir de l'aide, et sont en mesure de cerner leurs besoins; et lorsque les intervenantes déploient des habiletés d'ajustement, au rythme de l'expérience des jeunes femmes et qu'elles relèguent au second plan les paramètres, procédures et objectifs proposés par le programme. À l'inverse, lorsque les jeunes femmes n'identifient plus de besoins ou qu'elles ne ressentent pas la vulnérabilité qu'invoque l'intervenante, la relation d'accompagnement s'en trouve fragilisée. Ces dernières portent alors le fardeau d'identifier

des besoins, de réaliser des activités ou d'atteindre des objectifs fixés *a priori*, ce qui compromet le lien qu'elles tentent de construire et met à l'épreuve l'autonomie souhaitée des jeunes femmes.

26. Durant la période d'intervention postnatale, un accompagnement centré sur le bébé et le renforcement de compétences parentales rejoint les jeunes femmes dans leurs préoccupations et concourt à une relation signifiante qui crée des opportunités de valorisation et de soutien à des changements dans d'autres sphères de leur vie. Le potentiel d'élargissement du réseau de ressources autour des familles confère un sentiment de sécurité aux jeunes femmes rencontrées et permettrait la construction d'un espace social sécurisant.

En réponse aux questions d'évaluation:

- Il se dégage une appréciation favorable de l'intervention d'accompagnement, particulièrement lorsque les jeunes femmes se conçoivent en situation précaire, sont engagées et disposées à recevoir de l'aide, peuvent cerner leurs besoins et trouvent réponse à des préoccupations liées au bien-être du bébé. De plus, lorsque les intervenantes sont en mesure d'ajuster leur accompagnement, au rythme de l'expérience vécue des jeunes femmes, en reléguant au second plan les paramètres, procédures et objectifs proposés par le programme, cela faciliterait la relation de proximité qu'elles s'activent à instaurer.
- La conjonction de relations signifiantes dont ont fait part les jeunes femmes, avec des pratiques de veille et d'orientation des intervenantes privilégiées, est porteuse d'un potentiel déterminant: l'accompagnement qui perdure en période postnatale permettrait la construction d'un espace social sécurisant autour de ces familles.

3.4 Organisation de l'intervention d'accompagnement au sein des équipes et avec les ressources du RLS

Afin de répondre aux questions d'évaluation portant sur l'organisation de l'intervention d'accompagnement au sein des équipes PSJP/SIPPE et avec les ressources du RLS, deux méthodes ont été combinées (**ANNEXE F**). **Premièrement**, une enquête transversale par questionnaire auto-administré a été réalisée, fin 2008, auprès de professionnelles exerçant les fonctions d'intervenante privilégiée du PSJP dans les 19 équipes participant à l'évaluation. Avec un taux de réponse de 85%, l'échantillon final retenu est composé de 170 intervenantes qui représentent les quatre principales disciplines engagées auprès des familles. Des statistiques descriptives rendent compte du profil professionnel des intervenantes; de la formation continue reçue en soutien à l'intervention durant les premières années d'implantation du PSJP; de la satisfaction de leur capacité d'agir; et de leur appréciation du contexte d'intervention. Des comparaisons selon le domaine d'activité des intervenantes et selon quatre des sept régions d'intervention ont été complétées (analyse de variance; Tests de Chi-carré d'indépendance).

Deuxièmement, une enquête qualitative descriptive a été réalisée auprès de 14 gestionnaires occupant les fonctions de chef de programme, d'assistante supérieure immédiate ou de coordonnatrice clinique, à l'interface des exigences cliniques et administratives du PSJP. Un portrait rétrospectif (2006-2010) des pratiques de 11 équipes réparties entre quatre régions donne un aperçu de l'organisation de l'intervention d'accompagnement privilégié; des mécanismes

implantés pour l'entrée des jeunes parents et leur sortie du programme; des liens entre les équipes PSJP/SIPPE et les ressources du RLS; ainsi que des réflexions concernant les indicateurs et les cibles de gestion fixées par les instances régionales et ministérielles des SIPPE. Certains résultats de l'analyse qualitative thématique des propos des gestionnaires sont complétés par des données recueillies de jeunes parents et d'intervenantes privilégiées (**ANNEXE D** et **ANNEXE E**).

Il importe de souligner que ces données d'enquête rendent compte de conditions pouvant être transposées à la période d'implantation du PSJP, dans un contexte de transformation majeure du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi qu'à la période triennale subséquente. Ceci dit, il y a peu de raisons de croire que l'organisation de l'intervention d'accompagnement ait significativement changé depuis 2010-2011.

Constats

Portrait des intervenantes privilégiées

27. Les deux tiers des intervenantes privilégiées cumulaient trois années d'expérience ou plus auprès de la clientèle du PSJP. Cependant, seulement environ une sur cinq dédiaient plus de la moitié de leur temps d'intervention à des jeunes parents ou à leurs enfants en 2008-2009.
28. L'expérience de formation continue, bien que globalement jugée pertinente, apparaît ponctuelle et hétérogène selon les régions, à raison d'environ une formation par année. Le degré d'exposition des intervenantes aux modules de formation SIPPE élaborés par le MSSS apparaît plus faible qu'attendu pour les modules 1 et 2, alors que le module 3 aurait connu la meilleure pénétration auprès de 74% des intervenantes ayant participé à l'enquête. De faibles proportions auraient suivi des formations (autres que les modules du MSSS) portant sur des thèmes centraux de l'intervention d'accompagnement, soit le développement de l'enfant (35%) et le renforcement de compétences parentales (26%). De même, de faibles proportions d'intervenantes ont suivi des formations portant sur des thèmes relatifs aux pratiques de collaboration ou au travail en partenariat, lesquelles sont pourtant essentielles pour appuyer le développement du réseau social des jeunes parents ou l'amélioration de leurs conditions de vie. Enfin, l'offre de formation continue ne permettrait pas de répondre au rythme d'embauche du personnel lorsqu'il y a des changements importants au sein des équipes.

Modalités d'organisation des équipes interprofessionnelles

29. Toutes les équipes tentent de désigner une intervenante privilégiée auprès des familles. La co-intervention est également à l'œuvre, soit pour assurer la continuité de l'accompagnement individualisé en l'absence de l'intervenante privilégiée; pour suppléer, de manière provisoire, aux besoins d'intervention; ou pour faciliter la transition avec une nouvelle intervenante.
30. L'équipe dédiée PSJP n'est pas la norme. Il s'agirait d'une option viable lorsque le nombre annuel de nouvelles inscriptions est élevé. Autrement, les équipes interprofessionnelles organisent leur intervention d'accompagnement selon trois principales modalités, chacune se distinguant par un arrangement différent. Certaines travaillent davantage en collaboration et signalent la possibilité de chevauchement entre les champs professionnels; d'autres (la majorité) fonctionnent selon des spécificités propres à chaque champ disciplinaire et

présenteraient moins d'opportunités de travail en collaboration; et les dernières signalent une ouverture à des partenaires communautaires. Les équipes comportant davantage d'espaces de collaboration interprofessionnelle qui conjuguent les dimensions sociales et de santé de l'accompagnement semblent créer des conditions plus favorables à la présence prolongée d'une même intervenante auprès d'une famille.

31. Les infirmières, qui représentent plus de la moitié des intervenantes privilégiées et qui accompagnent la quasi-totalité des familles, auraient peu accès à de la supervision clinique pour composer avec les défis de l'accompagnement lorsque certaines conditions psychosociales sont mises en évidence. Bien qu'elles interviennent au cœur des trajectoires de vulnérabilité sociale des familles, elles auraient pour rôle d'*introduire* une intervenante sociale dans l'espace relationnel créé plutôt que d'être soutenues dans le renforcement de leurs compétences professionnelles.

L'entrée et la sortie du programme

32. La trajectoire d'entrée au PSJP comporte une inscription au programme OLO pour près de 90% des jeunes femmes. Pour gérer la demande de services, certains milieux débutent l'intervention d'accompagnement plus rapidement pour les jeunes considérées «*plus vulnérables*», tandis que d'autres dressent une liste d'attente pouvant aller jusqu'à 20 semaines de grossesse. Lors des premiers contacts, le souci d'assurer le caractère volontaire du programme ferait en sorte que l'accent soit davantage mis sur la disponibilité des ressources d'aide plutôt que sur la durée et l'intensité du suivi.
33. La durée envisagée de l'accompagnement offert est généralement jugée irréaliste, tant par les jeunes parents, les intervenantes que les gestionnaires. Il y donc diminution progressive de l'intensité d'accompagnement privilégié en réponse aux demandes des familles et en fonction des ressources à la disposition des équipes. Les dossiers de suivi sont généralement fermés selon une évaluation de la condition de vulnérabilité sociale des familles. Les critères utilisés varient toutefois d'une équipe à l'autre, sans nécessairement être systématisés au sein d'une même équipe.
34. La sortie du PSJP est difficile à circonscrire. Les intervenantes demeurent disponibles pour répondre aux demandes des familles qui initient de nouveaux contacts et tendent à concevoir la «fin» de l'accompagnement privilégié comme étant ouverte, voire temporaire.

Les relations entre les équipes interprofessionnelles et les ressources locales

35. Les équipes SIPPE entretiennent des liens avec une diversité de ressources pour accroître l'offre de services d'accompagnement aux familles, qu'il s'agisse de ressources internes au CSSS ou de ressources institutionnelles ou communautaires du RLS. Des gestionnaires, des organisateurs communautaires ou d'autres intervenantes désignées des équipes SIPPE ont pour mandat spécifique de favoriser l'interconnaissance des acteurs. Cependant, les relations établies demeuraient peu structurées ou formalisées en 2009-2010.
36. Les liens entre les équipes PSJP/SIPPE et les ressources en protection de la jeunesse ont fait l'objet de questionnements répétés de la part des intervenantes et des gestionnaires tout au long de cette évaluation de programme. La nature de l'engagement de jeunes parents inscrits

au PSJP sur ordonnance d'un tribunal, ainsi les modalités de collaboration à instaurer pour assurer la sécurité des enfants, s'avèrent des préoccupations importantes.

37. Plusieurs conditions ne semblaient pas propices à la formalisation de collaborations durables. Une certaine exigence des équipes SIPPE quant à la contribution *attendue* des ressources du RLS; une conception fragmentaire de ce que constitue l'axe CEF du programme; ainsi que des mécanismes de reddition de comptes qui ne reconnaissent pas la collaboration feraient en sorte qu'il soit plus difficile d'envisager l'harmonisation des diverses pratiques d'accompagnement et l'établissement de concertations ou de partenariats.

L'allocation des ressources à l'intervention d'accompagnement des familles

38. Il y a consensus que les indicateurs retenus et les cibles de gestion fixées par les instances régionales et ministérielles nécessitent des ajustements et une redéfinition partagée entre les acteurs concernés. Ils témoignent peu de la complexité de l'intervention d'accompagnement des familles vivant en situation de vulnérabilité sociale, laquelle se déploie à l'intersection du jugement clinique des intervenantes, de la fragilité des liens de confiance avec les jeunes parents et des réalités organisationnelles des équipes interprofessionnelles.

En réponse aux questions d'évaluation:

- Les intervenantes privilégiées possèdent généralement une expérience professionnelle significative et interviennent dans une diversité de situations cliniques, en plus du PSJP. Leur expérience de formation continue apparaît toutefois hétérogène et ponctuelle. Bien que plusieurs thèmes de formation continue soient vraisemblablement abordés dans différents milieux, l'optimisation des pratiques professionnelles d'accompagnement, en appui au développement du bébé et au renforcement des compétences parentales, pose question malgré les initiatives du MSSS. Aussi, la faible exposition à de la formation traitant de pratiques de collaboration pourrait avoir une incidence sur leur capacité d'agir en appui au développement du réseau social des jeunes parents ou à l'amélioration de leurs conditions de vie.
- Les modalités d'organisation des équipes appuient le principe d'accompagnement privilégié mis de l'avant par le programme. Une attention accordée à l'aménagement d'espaces de collaboration interprofessionnelle qui conjuguent les dimensions sociales et de santé de l'accompagnement appuierait le maintien d'une intervenante privilégiée ayant développé une relation de confiance avec une famille, qu'il y ait ou non des périodes de co-intervention.
- Les choix organisationnels quant au rôle des infirmières dans l'intervention d'accompagnement et leur accès à de la supervision clinique seraient peu favorables à l'optimisation de leur contribution à l'espace social des SIPPE.
- L'entrée dans le PSJP, ainsi que la durée et l'intensité de l'intervention d'accompagnement des familles, sont modulées par les équipes pour gérer la demande de services, selon les ressources disponibles. Les règles d'application, ainsi que les critères utilisés pour accorder une priorité aux familles les plus vulnérables, apparaissent pertinents mais varient selon les milieux.

- Bien qu'une durée envisagée de 5 ans soit généralement jugée irréaliste, tant par les jeunes parents, les intervenantes que les gestionnaires, la fin de l'intervention d'accompagnement des familles est difficile à circonscrire.
- Les relations entre les équipes PSJP/SIPPE et les ressources locales demeuraient encore en construction en 2009-2010. Malgré la désignation de ressources humaines des équipes SIPPE pour favoriser l'interconnaissance des acteurs, plusieurs conditions d'ordre informationnel, organisationnel ou liés à des mécanismes de reddition de comptes ne semblaient pas propices à la formalisation de collaborations durables.
- Les indicateurs et les cibles de gestion fixées par les instances régionales et ministérielles, dans une perspective de renforcement de l'imputabilité et des processus de reddition de comptes, constituent un enjeu important pour la reconnaissance du travail accompli par les équipes interprofessionnelles. L'application des principes d'intervention du PSJP, à l'intérieur des paramètres d'allocation des ressources humaines et financières disponibles, constitue un défi pour la plupart des équipes participant à cette évaluation de programme.

3.5 Conditions associées au déploiement de l'accompagnement privilégié, aux différents moments de la trajectoire d'intervention

Pour clore cette composante de l'évaluation du PSJP, des données issues de différentes sources ont été croisées pour identifier des conditions contextuelles et de vulnérabilité sociale composant les trajectoires d'accompagnement des familles (**ANNEXE G**). Les mesures d'intensité de l'intervention (**ANNEXE C**), les informations rendant compte de la *réalité de vulnérabilité sociale* des jeunes parents aux quatre temps de mesure pré et postnatales (**ANNEXE D**), ainsi que les propos d'intervenantes privilégiées et de gestionnaires (**ANNEXE E** et **ANNEXE F**) permettant de qualifier *le contexte de déploiement de l'AF*, ont été combinés via des analyses statistiques réalisées selon différentes périodes d'intervention pré et postnatales. L'évaluation réaliste ayant pour objet d'identifier des combinaisons de *mécanismes* et de *conditions contextuelles* qui pourraient générer les changements envisagés par un programme, des analyses permettant de cerner les conditions associées au déploiement de l'accompagnement privilégié, aux différents moments de la trajectoire d'intervention, s'avèrent essentielles pour comprendre les changements observés ou non chez les bébés et leurs parents.

Une première analyse de variance examine le déploiement de l'intensité de l'intervention selon les **caractéristiques des acteurs** en termes de réalité de vulnérabilité sociale des familles et du type de professionnel engagé auprès des familles. Constatant une différenciation possible de la trajectoire de l'intervention durant la période postnatale, une analyse de type MANOVA a été complétée pour un sous-échantillon de familles dont les cinq mesures d'intensité sont complètes. Ces résultats signalent l'existence de différentes trajectoires d'accompagnement des familles. **Une deuxième analyse** examine les conditions associées à l'**attrition dans le PSJP**. Les familles pour lesquelles des contacts ont été documentés durant toute la période postnatale, soit 0 à 24 mois (N = 148), ont été comparées avec celles qui avaient quitté le programme avant ou à 18 mois de vie du bébé (N = 199). Des analyses comparatives (Tests de Student; Tests de Chi-carré d'indépendance) identifient des conditions pouvant fragiliser la continuité de l'intervention d'accompagnement auprès des familles. Enfin, **la troisième analyse** examine **les conditions**

associées à l'intensité de l'accompagnement individualisée pour cinq périodes d'intervention postnatale. Suite à des analyses comparatives (Tests de Student, corrélations Pearson) indiquant que l'intensité d'intervention à une période donnée est déterminante pour l'intensité déployée à la période subséquente, des analyses de variance factorielle, avec et sans cette covariable, ont été réalisées. Les résultats permettent de cerner quelles combinaisons de variables contextuelles et de réalité de vulnérabilité sociale s'avèrent associées à une certaine rétention dans le PSJP, à travers différents moments de l'accompagnement postnatal, durant les deux premières années de vie du bébé.

Il est entendu que les analyses portent une attention particulière à des différences qui s'avèrent statistiquement significatives entre des valeurs moyennes pour différents groupes de familles ou de professionnelles à travers le temps; que la signification clinique des différences ou des variations notées demeure incertaine; et que des données obtenues à l'échelle d'une équipe ne prétendent pas à une représentativité permettant d'effectuer des généralisations transférables à une région socio-sanitaire ou à l'ensemble de la population desservie sur un territoire. Néanmoins, les tendances relevées confirment des propos recueillis auprès d'intervenantes et de gestionnaires. De plus, les regards croisés que procurent ces résultats fournissent une indication crédible de différentes trajectoires d'intervention d'accompagnement à l'œuvre. Ces résultats sont indispensables pour saisir comment se déroule l'accompagnement des familles en vue d'interpréter, en contexte, le potentiel et la portée des changements générés par le PSJP.

Constats

L'intensité de l'intervention selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles

- 39.** Une certaine différenciation de l'intervention d'accompagnement est à l'œuvre en ce qui a trait aux familles du regroupement R3 (cf. constat 22 pour la distinction des familles selon la réalité de vulnérabilité sociale R1, R2 ou R3). Dès le moment de l'inscription au PSJP, et durant les 6 semaines suivant la naissance du bébé, une attention accrue semble être portée à ces familles, notamment par les travailleuses sociales. Par la suite, au cours de la première année de vie du bébé, la trajectoire d'accompagnement auprès des familles du regroupement R3 apparaît significativement différente de celle des autres: l'intensité de l'intervention individualisée commencerait à diminuer plus tôt pour ces familles comparativement aux autres, particulièrement parce qu'elles se déplaceraient moins pour rencontrer des intervenantes au CSSS. Au cours de la deuxième année de vie du bébé, il s'avère que les familles du regroupement R3 auraient moins de contacts avec des intervenantes autres que des infirmières ou des travailleuses sociales, signalant moins d'hétérogénéité de professions auprès d'elles.
- 40.** Durant la dernière période d'observation (bébés 19 à 24 mois), l'intensité de l'intervention individualisée auprès des familles de la cohorte qui sont encore accompagnées représenterait environ les deux tiers de ce qui est suggéré par le programme, *ceci sans distinction de leur réalité de vulnérabilité sociale.*

Conditions associées à l'attrition au PSJP

41. L'attrition au PSJP débute vraisemblablement durant la première année de vie du bébé.
42. Les familles qui ont quitté le PSJP avant ou à 18 mois de vie du bébé comportent davantage de jeunes femmes qui rapportent une moins bonne condition psychologique durant la grossesse ou les premiers mois de vie de leur enfant, comparativement à celles qui sont toujours en contact avec le PSJP à 19-24 mois. Ces familles auraient également eu davantage recours à des services de garde en CPE, dans d'autres milieux de garde autres que la famille, ou à des halte-répét ou halte-garderie lorsque le bébé était âgé entre 5 et 17 mois. Cette observation n'est pas associée au retour des jeunes femmes à l'école ou au travail depuis la naissance de leur enfant.

Conditions associées à l'intensité de l'intervention d'accompagnement individualisée postnatale

43. Pour chaque période d'intervention postnatale, l'intensité de l'accompagnement privilégié auprès des familles est significativement associée à l'intensité de l'intervention de la période précédente. Ainsi, plus l'intensité d'accompagnement est élevée durant une période donnée, plus elle s'avère élevée la période subséquente. Il s'agit d'un processus qui pourrait être qualifié d'*intrinsèque au maintien d'un lien postnatal signifiant*.
44. Jusqu'à 18 mois de vie du bébé, l'intensité d'accompagnement individualisé postnatal serait également associée à une condition organisationnelle relevant de décisions prises au niveau régional, au moment de l'amorce de l'évaluation en 2005-2006. L'attribution d'une part plus importante du budget PSJP à l'AF ($\geq 70\%$), plutôt qu'au volet CEF du programme, est associée au déploiement d'une plus grande intensité d'intervention auprès des familles en CSSS. Fait à signaler, les équipes qui comportent davantage d'espaces de collaboration interprofessionnelle figurent parmi celles qui attribuent une large part du budget PSJP à l'AF.
45. Le maintien d'une intensité plus soutenue d'accompagnement privilégié postnatal serait davantage associé au *cumul* d'une intensité accrue d'intervention et à la répartition particulière du financement PSJP dans les organisations, plutôt qu'aux réalités de vulnérabilité sociale des familles.

En réponse aux questions d'évaluation:

- Les intervenantes privilégiées ajusteraient à la hausse l'intensité de l'intervention d'accompagnement non seulement selon le stade de la grossesse, ou avec l'arrivée du bébé, mais également selon leur lecture de la réalité de vulnérabilité sociale des jeunes parents durant la période prénatale et les 6 premières semaines de vie du bébé. La trajectoire de l'intervention d'accompagnement apparaît ainsi différente pour les familles qui composent avec un cumul plus important de conditions de vulnérabilité sociale reconnues, en termes de part relative de contribution de travailleuses sociales et d'intensité d'intervention plus élevées.
- Cependant, cette trajectoire d'intervention auprès de familles qui composent avec un cumul plus important de conditions de vulnérabilité sociale se traduit également par une diminution plus précoce de l'intensité de l'accompagnement individualisé, dès la première année de vie de leur

enfant, comparativement aux autres familles; et par une moins grande exposition à une hétérogénéité de professions. Ayant eu réponse à leurs besoins, ces familles se déplacent moins au CSSS, où elles auraient accès à divers membres de l'équipe interprofessionnelle.

- Ainsi, une fois passée l'effervescence des premières semaines suivant la naissance, le jugement clinique qu'exercent les intervenantes afin d'accorder une certaine priorité aux familles qui seraient plus vulnérables est singulièrement modulé par deux autres conditions qui apparaissent plus déterminantes encore sur le parcours de l'accompagnement. Le déploiement d'une intensité soutenue d'intervention individualisée postnatale auprès des familles serait facilité, d'une part, par la réalisation d'un des principes fondamentaux de l'intervention d'accompagnement privilégié, soit la construction et la mise en mouvement d'un *lien signifiant*; et, d'autre part, par des décisions structurantes prises *au niveau régional* quant à la part relative du budget PSJP à allouer aux deux volets du PSJP, en CSSS. De ce fait, l'élaboration de processus relationnels particuliers entre les intervenantes et les jeunes parents, ainsi que des conditions organisationnelles structurantes seraient plus déterminants que l'exercice du jugement clinique des intervenantes dans le déploiement de l'intensité de l'intervention d'accompagnement privilégié postnatal auprès des familles.
- Dans la mesure où les critères invoqués par les intervenantes sont multiples et différents entre elles lors de l'évaluation des conditions de vulnérabilité des familles, la portée du jugement clinique s'en trouve inévitablement amoindrie. Il importe tout de même de souligner qu'une bonne partie des critères pris en compte par ces professionnelles renvoient à des éléments de l'indice de vulnérabilité sociale construit pour cette recherche évaluative et qui permet de discerner des trajectoires d'intervention vraisemblables. En conséquence, il est envisageable qu'un indicateur crédible rendant compte de l'exercice du jugement clinique des intervenantes au regard de la vulnérabilité sociale des familles mettrait davantage en exergue cette dimension essentielle de l'intervention.
- Enfin, les conditions associées à l'attrition au PSJP suggèrent que l'élargissement du réseau de ressources autour des familles pourrait faire en sorte que le maintien dans le programme soit plus difficile à soutenir auprès de jeunes femmes qui ont une condition psychologique moins favorable, limitant ainsi la portée de l'intervention d'accompagnement offert en CSSS.

4. CONCLUSION

Cette composante de l'*Évaluation du PSJP* indique clairement que des jeunes parents vivant en contexte de vulnérabilité sociale sont rejoints par des intervenantes des CSSS qui participent à la réalisation d'un principe fondamental de l'accompagnement privilégié soit, de développer un lien signifiant. Cependant, l'intensité déployée diminue plus précocement auprès de familles vivant un cumul plus important de conditions de vulnérabilité. Aussi, la collaboration au sein des équipes interprofessionnelles et avec les ressources du RLS demeure en construction; et il y a possible discontinuité du suivi de santé de la mère. Dans la mesure où il s'agit d'assurer une certaine correspondance aux principes reconnus d'une intervention précoce en contexte de vulnérabilité sociale, les résultats mettent nettement en évidence des zones d'optimisation essentielles de ce programme, ainsi que des indicateurs et des critères à considérer, en appui au renforcement de l'intervention et à son ajustement. Des actions immédiates sont donc possibles.

PRINCIPALES RÉFÉRENCES

- Aos, S.,** Lieb, R., Mayfield, J., Miller, M., & Pennucci, A. (2004). *Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
- American Academy of Pediatrics,** & Council on Child Adolescent Health. (1998). The role of home-visitation programs in improving health outcomes for children and families. *Pediatrics*, 101, 486-489.
- Arney, F.,** & Scott, D. (2010). *Working with Vulnerable Families: A Partnership Approach*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Bhaskar, R.A.** (1997). *A Realist Theory of Science*. London: Verso.
- Bilukha, O.,** Hahn, R.A., Crosby, A., Fullilove, M.T., Liberman, A., Moscicki, E., . . . Briss, P.A. (2005). The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 11-39.
- Board on Population Health and Public Health Practice,** & Institute of Medicine. (2012). *Primary Care and Public Health: Exploring Integration to Improve Population Health*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Boivin, M.,** & Hertzman, C. (Eds.). (2012). *Early Childhood Development: adverse experiences and developmental health*. Royal Society of Canada - Canadian Academy of Health Sciences Expert Panel Ottawa, ON: Royal Society of Canada.
- Boyer, G.,** Brodeur, J.M., Théorêt, B., Séguin, L., Perreault, M., Colin, C., Beauregard, D., & Deblois, S. (2001). *Étude des effets de la phase prénatale du programme Naître égaux – Grandir en santé*. Montréal: Direction de la santé publique.
- Boyer, G.,** & Laverdure, J. (2000). *Le déploiement des programmes de type Naître égaux – Grandir en santé*. Avis de l'Institut National de santé publique du Québec, INSPQ.
- Brahimi, C.** (2011). *L'approche par compétences. Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*. Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- Breton, S.,** Puentes-Neuman, G., & Paquette, D. (2009). La formation parentale au masculin pour l'inclusion des pères dans les programmes d'intervention précoce. *Revue des sciences de l'éducation*, 35, 191-209.
- Callon, M.** (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique*, 36, 169-208.
- Checkland, P.** (1981). *Systems Thinking, Systems Practice*. Chichester (UK): John Wiley & Sons.
- Cowley, S.,** Whittaker, K., Grigulis, A., Malone, M., Donetto, S., Wood, H., Morrow, E., & Maben, J. (2012). *Why Health Visiting? A review of the literature about key health visitor interventions, processes and outcomes for children and families*. London, UK: National Nursing Research Unit, King's College London.
- Denis, E.,** Malcuit, G., & Pomerleau, A. (2005). Évaluation des impacts de l'Initiative communautaire 1,2,3 Go ! sur le développement et le bien-être des tout-petits et de leur famille. *Éducation et francophonie*, XXXIII, 44-66.
- Donnadieu, G.,** & Karsky, M. (2002). *La systémique: Penser et agir dans la complexité*. Paris: Éditions Liaisons.
- Durand, D.** (1979). *La systémique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Goulet, C.,** Héon, M., & Lampron, A. (2006). *Aspects de vulnérabilité et impacts de la grossesse et de la maternité précoce. Recension d'écrits*. Rapport adressé à la Direction générale des services sociaux, MSSS. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Keating, D.P.,** & Hertzman, C. (Eds.). (1999). *Developmental health and the wealth of nations: social, biological, and educational dynamics*. New York, NY: Guilford Press.
- Lamb, M.** (1997). *The role of the father in child development*. New York, NY: Brunner.
- Le Moigne, J-L.** (1999). *La modélisation des systèmes complexes*. Paris: Dunod.
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé**, L.Q. 2002, c.33.

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, L.Q. 2009, c. 28.

MacLeod, J., & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect*, 24, 1127-1149.

Ministère de la santé et des Services sociaux. (2004a). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité: Cadre de référence*. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la santé et des Services sociaux. (2004b). *La consolidation des éléments essentiels à la mise en œuvre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Québec: Gouvernement du Québec.

Ministère de la santé et des Services sociaux. (2004c). *L'intervention auprès de jeunes parents: Pistes de réflexion et partage d'expériences*. Québec: Gouvernement du Québec.

Moreau, J., & El Hachem, L. (2011). *Guide de lecture sur les principes à la base des pratiques efficaces en intervention à la petite enfance pour l'évaluation des programmes PACE et PCNP*. Document inédit préparé pour l'Agence de Santé du Canada. Université de Montréal.

Moreau, J., Léveillé, S., & Roy, C. (1998). Vulnérabilité et interaction mère-nourrisson: illustration de conditions nécessaires mais non suffisantes à l'efficacité de l'intervention précoce. *Santé mentale au Québec*, XXIII, 187-213.

Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris: Seuil.

Patton, M.Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2^e éd.). Newbury Park: Sage.

Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage.

Perreault, M., Boyer, G., Colin, C., & Labadie, J.-F. (2000). *Naître égaux – Grandir en santé: évaluation de la mise en œuvre initiale dans quatre CLSC de Montréal*. Montréal: Direction de la santé publique.

Pomerleau, A., Malcuit, G., Moreau, J., & Bouchard, C. (2005). *Contextes de vie, ressources et développement de jeunes enfants de milieux populaires montréalais*. Rapport de recherche présenté au Ministère de l'emploi, de la solidarité sociale et de la famille, Université du Québec à Montréal.

Rutter, M. (2006). The Promotion of Resilience in the Face of Adversity. Dans A. Clarke-Stewart et J. Dunn (Éds), *Families Count: Effects on Child and Adolescent Development* (pp.26-52). Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Sayer, A. (2000). *Realism and Social Science*. London: Sage.

Shonkoff, J.P., & Meisels, S. J. (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Shonkoff, J.P., & Philips, D. (Eds.). (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academies Press.

Tarabulsky, G.M., Provost, M. A., Drapeau, S., & Rochette, É. (Éd.). (2009). *L'évaluation psychosociale auprès des familles vulnérables*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Tashakkori, A., & Teddlie, C. (Eds). (2003). *Handbook of mixed methods in social and behavioural research*. Thousand Oaks: Sage.

Temple, J.A., & Reynolds, A.J. (2007). Benefits and costs of investments in preschool education: evidence from the Child-Parent Centers and related programs. *Economics of Education Review*, 26, 126-144.

Théolis, M., Bigras, N., Desrochers, M., Brunson, L., Régis, M., & Prévost, P. (2010). Évaluation des impacts des Initiatives 1,2,3, Go! Dans M. Théolis, *Le projet 1,2,3 Go! Place au dialogue. Quinze ans de mobilisation autour des tout-petits et de leur famille* (pp. 89-132). Québec: Presses de l'Université du Québec.

Therrien, L., April, L., Bordeleau, L., Brassard, S., Clapperton, I., Comeau, L., Le Hénaff, L., & Larochelle, M.-J. (2011). *Optimisation des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Rapport du comité conseil post-chantiers sur les SIPPE déposé au Ministère de la Santé et des Services sociaux*. Québec: Gouvernement du Québec.

Turney, D., Platt, D., Selwyn, J., & Farmer, E. (2012). *Improving Child and Family Assessments. Turning Research into Practice*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.



ANNEXES

ÉVALUATION DE L'ACTUALISATION DU PSJP: L'AXE ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES

TABLE DES MATIÈRES – Annexes

TABLE DES MATIÈRES – Annexes.....	29
LISTE DES TABLEAUX – Annexes.....	34
LISTE DES FIGURES – Annexes	37
ANNEXE A.....	38
REPÈRES THÉORIQUES DE L'ÉVALUATION DU PSJP.....	38
1. Le PSJP conçu comme système social complexe	38
2. Une perspective réaliste critique	38
3. Le recours à la modélisation systémique	39
4. Une méthodologie mixte	41
ANNEXE B.....	42
OPÉRATIONNALISATION DE L'ÉVALUATION DU PSJP	42
1. Sélection des milieux	42
2. Entrée dans les milieux locaux et maintien de liens	44
3. Considérations éthiques	45
4. Un espace de réflexivité entre le programme et l'évaluation	46
ANNEXE C.....	47
PORTRAIT DE L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES, SELON DIFFÉRENTS MOMENTS DE LA TRAJECTOIRE D'INTERVENTION.....	47
1. Questions d'évaluation	47
2. Méthode – Analyse documentaire des dossiers cliniques	48
2.1 Devis.....	48
2.2 Échantillon	49
2.3 Collecte de données: défis et contrôle de qualité	49
2.4 Analyse des données.....	51
2.5 Interprétation des résultats.....	53
3. Résultats	53
3.1 Quels sont les types de contacts?.....	53
3.2 Quelle est la durée d'exposition à l'intervention?.....	55
3.3 Qui intervient auprès des familles?.....	56
3.4 Quels sont les objets d'intervention auprès des familles?.....	58
3.5 Quelle est l'intensité de l'intervention, selon les divers types de contact?.....	61
3.5.1 Intensité de l'intervention individualisée	61
3.5.2 Contribution de l'intervention de groupe à l'intensité de l'intervention d'accompagnement privilégié	65
ANNEXE D.....	67
PORTRAIT DES MÈRES ET DES PÈRES PARTICIPANT AU PSJP.....	67

1.	Questions d'évaluation	67
2.	Méthode – Cohorte des jeunes femmes, des pères/partenaires et de leurs enfants.....	68
2.1	Devis.....	68
2.2	Échantillon	68
2.3	Gestion des participants.....	72
2.4	Collecte de données	72
2.5	Gestion et analyse des données	74
3.	Résultats	75
3.1	Quel est le portrait des familles, à l'entrée du programme ?.....	75
3.1.1	Données sociodémographiques, trajectoire et conditions de vie	75
3.1.2	Traumatismes dans l'enfance	77
3.1.3	Le réseau des jeunes parents	79
3.1.4	Grossesse, santé physique et habitudes de consommation	81
3.1.5	Condition psychologique	85
3.1.6	Pouvoir d'agir	86
3.1.7	Connaissance du développement des enfants	87
3.1.8	Commentaire	88
3.2	Quelles sont les réalités de vulnérabilité sociale des familles?	89
3.2.1	Le concept de vulnérabilité sociale.....	89
3.2.2	Opérationnalisation du concept de vulnérabilité sociale	91
3.2.3	Résultat: trois réalités de vulnérabilité sociale	94
3.2.4	Trois réalités de vulnérabilité sociale: analyses post hoc	97
	ANNEXE E	100
	L'EXPÉRIENCE DE L'ACCOMPAGNEMENT PRIVILÉGIÉ.....	100
1.	Questions d'évaluation	100
2.	Le concept d'accompagnement	100
3.	Méthode – Entretiens auprès de dyades «jeune parent – intervenante privilégiée»	103
3.1	Devis.....	103
3.2	Échantillon	103
3.2.1	Jeunes parents	103
3.2.2	Intervenantes	105
3.3	Collecte de données	106
3.3.1	Entretiens avec les jeunes parents.....	107
3.3.2	Entretiens avec les intervenantes.....	107
3.4	Gestion et analyse des données	108

3.4.1	Analyse des données d'entretiens prénataux	108
3.4.2	Analyse des données d'entretiens postnataux	109
4.	Résultats	109
4.1	Les jeunes femmes et les intervenantes en interaction: particularités des acteurs	109
4.1.1	Les jeunes femmes et la maternité précoce: une expérience généralement positive marquée par une logique de responsabilité	110
4.1.2	Les intervenantes privilégiées et les moyens de l'accompagnement.....	114
4.2	L'expérience de l'accompagnement privilégié	115
4.2.1	Trois expériences d'accompagnement privilégié prénatal	115
4.2.2	Expérience de l'accompagnement privilégié en période postnatale.....	122
4.3	Mise en perspective des résultats, selon la modélisation de la pratique d'accompagnement.....	128
ANNEXE F		131
L'ORGANISATION DE L'INTERVENTION D'ACCOMPAGNEMENT AU SEIN DES ÉQUIPES DES CSSS ET AVEC LES RESSOURCES DU RLS		131
1.	Questions d'évaluation	131
2.	Méthode – Enquête auprès d'intervenantes privilégiées du PSJP	133
2.1	Devis.....	133
2.2	Échantillon	133
2.3	Collecte de données	133
2.4	Gestion et analyse de données	134
3.	Résultats: Quel est le portrait des intervenantes privilégiées?	134
3.1	Domaines d'activité, expérience et implication dans le PSJP	134
3.2	Satisfaction de la capacité d'agir et appréciation du contexte d'intervention.....	136
3.3	Formation continue	137
4.	Méthode – Enquête qualitative auprès de gestionnaires des équipes PSJP/SIPPE	141
4.1	Devis.....	141
4.2	Échantillon	141
4.3	Collecte de données	142
4.4	Gestion et analyse des données	142
5.	Résultats	143
5.1	Quelles sont les modalités d'organisation des équipes interprofessionnelles pour l'intervention d'accompagnement privilégié des familles?.....	143
5.1.1	Trois modalités d'organisation de l'accompagnement privilégié	143
5.1.2	La supervision clinique.....	145
5.2	Comment se déroulent l'entrée et la sortie du programme?	145
5.2.1	L'entrée au PSJP	145

5.2.2	La sortie du PSJP	147
5.3	Quelles relations se construisent entre les équipes interprofessionnelles et les ressources locales?	149
5.3.1	Diversité de ressources.....	149
5.3.2	Le cas du lien entre les équipes PSJP/SIPPE et les Centres jeunesse	150
5.3.3	Des relations en construction	151
5.4	Quelles sont des spécificités de l'allocation des ressources à l'intervention d'accompagnement des familles?	152
ANNEXE G.....		155
CONDITIONS ASSOCIÉES AU DÉPLOIEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT PRIVILÉGIÉ		155
1.	Questions d'évaluation	155
2.	Méthode	156
3.	Résultats	157
3.1.	Comment varie l'intensité de l'intervention d'accompagnement selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles?	157
3.1.1	Intensité de l'intervention selon le type de professionnel et la réalité de vulnérabilité sociale des familles	157
3.1.2	Intensité de l'intervention selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles.....	161
3.2	Quelles conditions contextuelles et de vulnérabilité sociale sont associées à l'attrition dans le programme?	168
3.2.1	Sélection des cas et des variables	168
3.2.2	Conditions associées à l'attrition de familles dans le PSJP	172
3.3	Quelles conditions contextuelles et de vulnérabilité sociale sont associées à l'intensité de l'accompagnement privilégié?.....	174
ANNEXE H.....		181
DOCUMENTS TECHNIQUES ET AUTRES		181
ANNEXE H.1		182
ANNEXE H.2.....		187
ANNEXE H.3.....		188
ANNEXE H.4.....		190
ANNEXE H.5.....		192
ANNEXE H.6.....		196
ANNEXE H.7.....		198
ANNEXE H.8.....		199
ANNEXE H.9.....		201
ANNEXE H.10.....		203

ANNEXE H.11204
BIBLIOGRAPHIE.....211

LISTE DES TABLEAUX – Annexes

Tableau 1.	Portrait des milieux retenus pour l'évaluation du PSJP.....	43
Tableau 2.	Collecte de données dans les dossiers cliniques. Procédures de vérification des formulaires.....	50
Tableau 3.	Fidélité de la collecte de données dans les dossiers cliniques: pourcentage moyen de concordance des variables considérées pour les indices d'intensité de l'intervention PSJP.....	51
Tableau 4.	Nombre moyen de contacts individuels, par famille, selon le type de contact, par période d'intervention.....	54
Tableau 5.	Rétention des familles de la cohorte de l' <i>Évaluation du PSJP</i> , par période d'intervention.....	55
Tableau 6.	Nombre moyen de semaines d'exposition et de contacts individuels, par famille, selon la durée d'exposition, par période d'intervention postnatale.....	56
Tableau 7.	Intervenants qui accompagnent les familles, selon la période d'intervention.....	57
Tableau 8.	Part relative des contacts effectués par chaque type de professionnelle, selon la période d'intervention.....	58
Tableau 9.	Indices d'intensité de l'intervention, selon le type de contact individualisé et la période d'intervention.....	63
Tableau 10.	Contribution de l'intervention de groupe à l'intensité d'accompagnement privilégié (contacts individuels seulement), selon la période d'intervention (6 CSSS).....	66
Tableau 11.	Cohorte de l' <i>Évaluation du PSJP</i> : personnes ayant donné leur consentement pour participer, selon le genre et l'âge.....	70
Tableau 12.	Cohorte de l' <i>Évaluation du PSJP</i> : participation des familles, selon les temps de mesure.....	71
Tableau 13.	Cohorte de l' <i>Évaluation du PSJP</i> : nombre de personnes ayant participé, selon les temps de mesure.....	71
Tableau 14.	Perception de la qualité du quartier, jeunes femmes et partenaires, premier temps de mesure.....	76
Tableau 15.	Score moyens, indices de traumatismes dans l'enfance, jeunes femmes et leurs partenaires.....	77
Tableau 16.	Proportion de jeunes femmes et leurs partenaires qui rapportent une expérience de traumatisme dans l'enfance, selon le seuil de classification «sévère à extrême».....	78
Tableau 17.	Nombre moyen de relations, par catégorie de personnes de l'entourage, pour les jeunes femmes et leurs partenaires, en fin de grossesse.....	79
Tableau 18.	Score moyen de satisfaction du soutien reçu.....	80

Tableau 19.	Scores moyens et pourcentage des jeunes femmes et leurs partenaires rapportant des niveaux élevés de bien-être et de détresse psychologique	85
Tableau 20.	Scores moyens, jeunes femmes et leurs partenaires, mesures du pouvoir d'agir	86
Tableau 21.	Connaissances sur le développement de l'enfant, scores moyens jeunes femmes et leurs partenaires	87
Tableau 22.	Variables retenues pour l'analyse de clusterisation	92
Tableau 23.	Résultats de l'analyse de clusterisation: nombre de regroupements optimal	93
Tableau 24.	Trois réalités de vulnérabilité sociale	95
Tableau 25.	Proportion de jeunes femmes avec expérience de traumatisme, niveau «modéré ou plus», selon trois réalités de vulnérabilité sociale	96
Tableau 26.	Trois réalités de vulnérabilité sociale, analyses post hoc.....	98
Tableau 27.	Expérience de l'intervention d'accompagnement privilégié: nombre de jeunes parents ayant participé, selon le temps de collecte	104
Tableau 28.	Expérience de l'intervention d'accompagnement privilégié: nombre d'intervenantes ayant participé, selon le temps de collecte	106
Tableau 29.	Expérience de l'intervention d'accompagnement prénatal PSJP - Participantes et entretiens retenus pour analyse	109
Tableau 30.	Appréciation des services reçus par les parents en contact avec le PSJP entre 15 et 18 mois de vie du bébé	124
Tableau 31.	Intervenantes privilégiées: domaine d'activité et dernier diplôme obtenu.....	135
Tableau 32.	Intervention hebdomadaire, volet <i>Jeunes parents</i> des SIPPE	135
Tableau 33.	Intervenantes privilégiées: Appréciation du contexte d'intervention PSJP	136
Tableau 34.	Intervenantes privilégiées: Appréciation du contexte d'intervention PSJP, selon les régions	137
Tableau 35.	Proportion d'intervenantes privilégiées ayant suivi les modules de formation SIPPE élaborés par le MSSS en soutien à l'intervention, 2003-2008.....	138
Tableau 36.	Thèmes de formation continue offerts, suivis (2003-2008) et souhaités par les intervenantes privilégiées, en soutien à l'intervention	139
Tableau 37.	Proportion d'intervenantes ayant suivi une formation en appui au développement de l'enfant ou des compétences parentales (2003-2008), selon les régions	140
Tableau 38.	Répartition des familles selon les périodes d'intervention et la réalité de vulnérabilité sociale	156
Tableau 39.	Fréquence moyenne de contacts individuels, en personne ou au téléphone, ajustée selon la durée d'exposition, pour chaque type de	

	professionnel, selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles: 6 périodes d'intervention	158
Tableau 40.	Fréquence moyenne de contacts à domicile, ajustée selon la durée d'exposition, pour chaque type de professionnel, selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles: 6 périodes d'intervention	159
Tableau 41.	Intensité de l'accompagnement privilégié des familles selon la réalité de vulnérabilité sociale: 7 périodes d'intervention.....	162
Tableau 42.	Intensité des visites à domicile auprès des familles selon la réalité de vulnérabilité sociale: 7 périodes d'intervention.....	162
Tableau 43.	Intensité «visites à domicile + contacts au CSSS», selon la réalité de vulnérabilité sociale: 7 périodes d'intervention postnatale	163
Tableau 44.	Indicateurs désignant des caractéristiques des familles retenus pour l'analyse de conditions associées à l'attrition au PSJP	169
Tableau 45.	Pourcentage du budget PSJP alloué au volet Accompagnement des familles, 2005-2006, et intensité d'accompagnement privilégié prénatal, bébés nés à terme, 4 régions	170
Tableau 46.	Indicateurs désignant des caractéristiques des familles retenus pour l'analyse de conditions associées à l'attrition au PSJP	171
Tableau 47.	Indicateurs de l'intervention d'accompagnement déployée auprès des familles durant la première année de vie du bébé	172
Tableau 48.	Conditions associées à l'attrition des familles dans le PSJP.....	173
Tableau 49.	Indicateurs retenus pour l'analyse des conditions associées à l'intensité de l'intervention d'accompagnement individualisé, périodes postnatales	174
Tableau 50.	Conditions contextuelles et de vulnérabilité sociale associées à l'intensité de l'accompagnement individualisé: analyses de variance factorielle, intensité d'intervention de la période précédente en covariable.....	177
Tableau 51.	Conditions contextuelles et de vulnérabilité sociale associées à l'intensité de l'accompagnement individualisé: analyses de variance factorielle, sans covariable d'intensité de l'intervention de la période précédente	178

LISTE DES FIGURES – Annexes

Figure 1.	Contours du système général pour modéliser le PSJP.....	39
Figure 2.	Modélisation de la théorie du programme: les sous-systèmes faisant l'objet de l'évaluation de l'actualisation du PSJP	41
Figure 3.	Modélisation de la théorie du programme: forme et contenu de l'accompagnement privilégié	48
Figure 4.	Proportion de familles pour lesquelles il y a eu indication d'intervention relativement au bien-être des parents et des familles, selon la période d'intervention.....	59
Figure 5.	Proportion de familles pour lesquelles il y a eu indication d'intervention relativement au bébé, selon la période d'intervention	60
Figure 6.	Proportion de familles pour lesquelles il y a eu indication d'intervention de référence ou d'accompagnement vers des ressources du RLS, selon la période d'intervention	61
Figure 7.	Modélisation de la théorie du programme: dimensions de la réalité de vulnérabilité sociale des familles	68
Figure 8.	Modélisation du concept de vulnérabilité sociale	91
Figure 9.	Résultats de l'analyse de clusterisation: identification du point de flexion de la courbe du BIC normalisé	94
Figure 10.	Modélisation d'un idéal type du concept d'accompagnement	100
Figure 11.	Modélisation de la théorie du programme: l'intervention privilégiée et son équipe interprofessionnelle.....	131
Figure 12.	Modélisation de la théorie du programme: l'équipe interprofessionnelle PSJP/SIPPE et les ressources du RLS	132
Figure 13.	Trajectoires d'intensité de l'accompagnement privilégié postnatal, selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles: mesures répétées (N=136 familles).....	166
Figure 14	Trajectoire d'intensité des visites à domicile + contacts au CSSS, selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles: mesures répétées (N = 136 familles).....	167

ANNEXE A

REPÈRES THÉORIQUES DE L'ÉVALUATION DU PSJP

L'exercice d'évaluation n'étant pas neutre, il importe d'en préciser les principaux repères théoriques. Dans le cadre de cette évaluation, le PSJP est conçu comme un *système social complexe*, selon une *perspective réaliste critique*, dont l'intelligibilité peut être réfléchie à travers la *modélisation systémique* de résultats générés à travers une *méthodologie mixte*.

1. Le PSJP conçu comme système social complexe

Le PSJP est conçu comme **système social** puisqu'il comporte de multiples acteurs en interaction, s'inscrivant dans divers processus à travers le temps, dans des environnements comportant leurs configurations particulières (Checkland, 1981; Durand, 1979). Ce système social est **complexe** (Donnadieu & Karsky, 2002; Morin, 2005) puisqu'il comprend plusieurs sous-systèmes en interrelation, tels les familles et leurs intervenantes privilégiées, les équipes interprofessionnelles, les ressources du RLS, ou les espaces de programmation régional ou ministériel. Ces sous-systèmes alimentent, récursivement, le programme dans son ensemble et chacune de ses composantes. Cette *causalité récursive* au cœur de la complexité s'ajoute au caractère *ouvert*, et donc *changeant*, du système-programme selon le contexte. Il n'y a qu'à penser, par exemple, à l'élaboration de l'accompagnement selon les réalités propres aux familles ou équipes; ou à la reconfiguration des collaborations entre les acteurs institutionnels et communautaires à travers le temps. Vu de la sorte, le PSJP gagne à être réfléchi comme un ensemble de *trajectoires en devenir*, lesquelles, même diversifiées, peuvent mener à des résultats similaires (Rickles, Hawe, & Sheill, 2007). Ce faisant, l'actualisation du PSJP est abordée ici comme le fruit de traductions (Callon, 1986) qu'opèrent ses acteurs. **L'évaluation vise, dès lors, à documenter ces traductions, plutôt que de chercher à déterminer dans quelle mesure l'application du programme correspond à un devis prédéfini ou standardisé.**

2. Une perspective réaliste critique

Une perspective réaliste critique permet d'appréhender un programme comme système ouvert, actif, introduit dans des systèmes sociaux existants, pour créer des changements (Bhaskar, 1997; Pawson & Tilley, 1997, 2005; Sayer, 2000). Selon cette perspective, **l'évaluation aura pour objet d'identifier les *mécanismes* activés par le programme, selon les conditions *contextuelles* à l'œuvre, et qui donnent lieu à des *changements*.** Les *mécanismes* renvoient aux processus que comportent les interactions entre acteurs et ressources à travers leurs activités, selon les finalités poursuivies; et le *contexte* renvoie aux dimensions de l'espace-temps, lesquels ne se réduisent pas qu'à des considérations géographiques et incluent, par exemple, des arrangements organisationnels ou des dispositifs de soutien au développement des pratiques. Les changements observés doivent donc être réfléchis en fonction d'interactions potentielles entre mécanismes

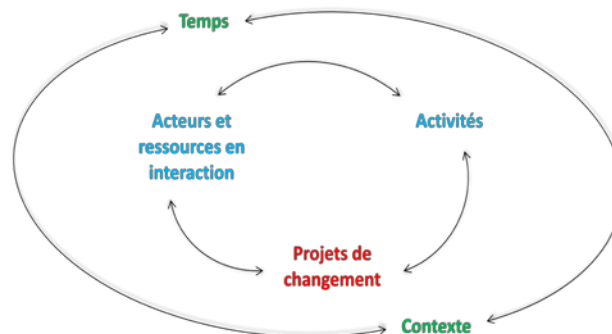
postulés et considérations contextuelles. **Il s'agit de comprendre «ce qui crée quels changements, comment, pour qui, dans quel contexte?».**

Pour les besoins de cette recherche évaluative, les mécanismes et éléments contextuels constituent l'essentiel de l'évaluation de l'actualisation du programme (objectif général 1); tandis que les effets souhaités du PSJP sont abordés à travers l'évaluation des changements associés au programme (objectif général 2) ainsi que la modélisation des processus et changements observés (objectif général 3).

3. Le recours à la modélisation systémique

Un pré-requis essentiel d'une évaluation réaliste consiste en l'élaboration de la théorie du programme, laquelle comporte des configurations de «mécanismes-contextes-changements» (MCC) permettant de cerner les dynamiques qui produisent des changements (Pawson & Tilley, 1997). Cette élaboration théorique fut entreprise à travers la méthode de modélisation systémique. Il s'agit d'une méthode qui propose que la complexité est intelligible à travers une conception systémique du fonctionnement d'un système, de ses structures, et des transformations produites, selon les projets poursuivis et les environnements actifs dans lesquels il s'exerce (Le Moigne, 1999). La Figure 1 présente les contours du système général à partir duquel nous avons abordé la théorie du PSJP (Potvin, Bilodeau & Gendron, inédit). Le programme est donc réfléchi à partir des structures d'interaction entre acteurs et ressources, des activités engagées et des projets de changement, selon des considérations contextuelles et temporelles.

Figure 1. Contours du système général pour modéliser le PSJP

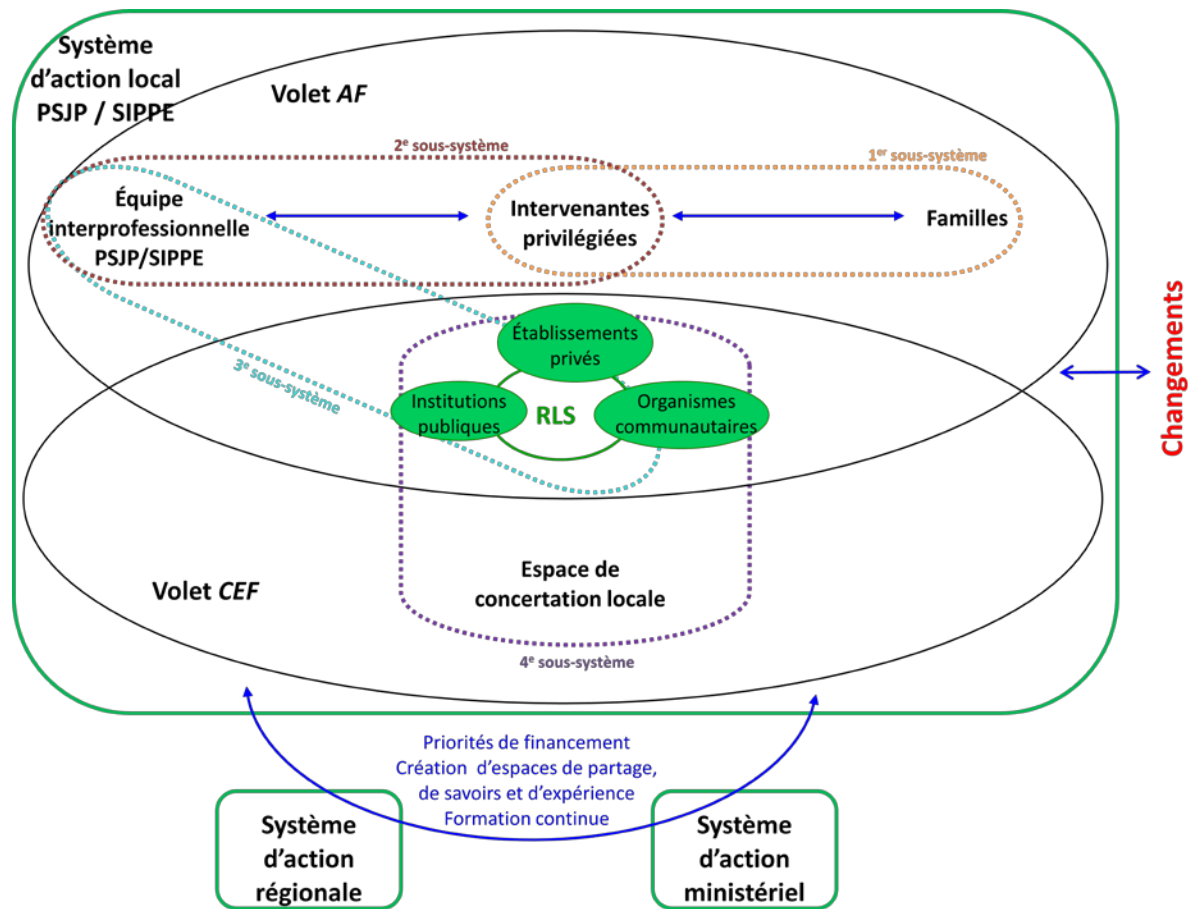


Une modélisation de la théorie du programme s'est donc avérée essentielle pour cerner les sous-systèmes pertinents devant faire l'objet de la collecte de données; pour conjuguer théoriquement les dimensions et variables retenues sous la forme d'énoncés MCC; et pour orienter le développement de plans d'analyses afin de réfléchir le programme, en contexte. Trois sources principales ont servi à la modélisation de départ, soit: le *Cadre de référence* du programme (MSSS, 2004a); les théories des chercheurs de l'équipe et d'acteurs du programme quant aux MCC

envisageables; et une recension d'écrits portant sur des programmes similaires au PSJP. Il est à souligner que cette modélisation n'a pas la prétention de rendre compte de *la* réalité (Sayer, 2000). Il s'agit plutôt d'un médiateur de la réalité, pour entrer dans la «boîte noire» du programme. Ainsi, dans l'esprit du réalisme *critique*, la modélisation est une condition nécessaire à la réflexivité des acteurs de cette évaluation et du programme.

À l'instar du modèle écologique ayant servi de fondement à ce programme, la Figure 2 présente les sous-systèmes faisant l'objet de l'évaluation de l'actualisation du PSJP. Cette figure met en évidence les deux volets du programme (AF et CEF) à travers la conception de quatre sous-systèmes locaux inter-reliés, en spécifiant les principaux acteurs en interaction. Par ailleurs, les niveaux d'action régionale et ministérielle sont essentiellement considérés en tant que conditions contextuelles, voire structurantes, qui ont une incidence sur l'actualisation du programme au niveau local. Ainsi, ce modèle propose que le PSJP comporte des sous-systèmes en interaction à divers niveaux, que ce soit de l'ordre des individus ou familles, de leur réseau et milieu de vie environnant ou des dynamiques organisationnelles, territoriales ou régionales comportant leurs réalités socio-écologiques propres (Stokols, 1996). Il s'agit de traduire l'idée d'une intervention globale, comportant des actions aux niveaux local, régional et ministériel, ce qui correspond à un principe d'efficacité reconnu dans le domaine de l'intervention auprès de familles vivant en contexte de vulnérabilité.

Figure 2. Modélisation de la théorie du programme: les sous-systèmes faisant l'objet de l'évaluation de l'actualisation du PSJP



4. Une méthodologie mixte

Enfin, une **méthodologie mixte** fut privilégiée (Tashakkori, & Teddlie, 2003) pour appréhender les diverses dimensions du programme modélisé. Ce rapport, qui porte sur les trois sous-systèmes d'action locaux du volet *Accompagnement des familles* du PSJP, en interaction avec les systèmes d'action régional et ministériel nécessite le croisement de résultats d'analyses statistiques et qualitatives. Ainsi, la méthode comporte différents types de devis et la collecte de données quantitatives et qualitatives. Une synthèse de ces méthodes est présentée à l'Annexe H.1. À terme, des données ont été recueillies auprès de 1381 personnes pour l'*Évaluation du PSJP*, soit 1141 membres de familles accompagnées dans le cadre de ce programme et 240 intervenants ou gestionnaires.

ANNEXE B OPÉRATIONNALISATION DE L'ÉVALUATION DU PSJP

1. Sélection des milieux

Entre 2004 et 2006, 19 équipes PSJP/SIPPE de sept régions du Québec ont accepté de participer à l'évaluation¹, ce qui représente 18 CSSS, une fois la réorganisation du réseau complétée. Un échantillonnage intentionnel stratifié (Patton, 1990) a été effectué selon trois critères de sélection: les sites retenus devaient permettre de maximiser le potentiel de recrutement de familles; le programme devait être déployé par une équipe interprofessionnelle depuis 2004; et une certaine hétérogénéité des milieux, aux niveaux régional et local, était visée.

Dans un premier temps, un examen des statistiques de **naissances vivantes** au Québec chez les femmes de moins de 20 ans, pour les années 1992 à 2002 (ISQ-MSSS, 2004), a permis d'identifier 25 territoires de CLSC comportant plus de 30 naissances vivantes en 2002. De ceux-ci, deux ont été exclus considérant les pratiques sociales particulières de la population; ou les coûts de traduction d'instruments de mesure non envisagés dans le contexte de cette évaluation.

Deuxièmement, la sélection des équipes a été stratifiée selon les **régions** socio-sanitaires, l'hypothèse étant que l'actualisation du programme est influencée par des décisions et pratiques de gouvernance tant régionales que locales. Pour être retenue, une région devait comporter au moins deux sites déjà présélectionnés. Six régions correspondaient à ce critère, équivalent ainsi à 20 sites. Toutefois, quatre sites ont refusé l'invitation à participer à cette évaluation, la recherche ne respectant pas les critères de pertinence organisationnelle des établissements². Ceci a mené à l'exclusion d'une région. Aussi, afin de prendre en compte la réalité des milieux éloignés des grands centres, il a été décidé de solliciter une région additionnelle comportant deux équipes qui appliquaient le PSJP depuis 2004, nonobstant un nombre moins élevé de naissances vivantes chez des femmes de moins de 20 ans.

Enfin, pour assurer une certaine **hétérogénéité locale**, l'indice de défavorisation sociale et matérielle, version 2001 (Pampalon, Hamel, & Raymond, 2004) a été considéré pour chacune des 18 équipes retenues à l'étape précédente. Il s'agit du pourcentage d'aires de diffusion³ (AD) à forte ou à très forte défavorisation sociale et matérielle dont la valeur médiane était de 12% pour

¹ Initialement, il s'agissait de solliciter 10 équipes CLSC pour atteindre l'objectif de recrutement visé sur une période de deux ans. Toutefois, la diminution du nombre de naissances vivantes chez les femmes de moins de vingt ans par rapport à la période durant laquelle l'évaluation fut planifiée a fait en sorte que le nombre de sites requis a dû être établi à la hausse.

² Ces quatre sites représentaient 150 naissances vivantes chez les femmes de moins de 20 ans en 2002.

³ L'aire de diffusion (AD) est l'ancrage le plus précis par lequel Statistique Canada diffuse les données du recensement de 2001. On dénombre 11 202 AD sur le territoire québécois pour le recensement 2001, où chaque AD est occupée par une population variant entre 400 et 700 personnes, et pour lequel un indice de défavorisation a pu être établi. Près de 98% de la population du Québec est couverte par cet indice en 2001.

l'ensemble des territoires de CLSC du Québec. Puisque ces indices étaient particulièrement élevés pour un nombre important des 18 sites retenus, une équipe affichant un faible indice de défavorisation a été recrutée, ajoutant ainsi une région supplémentaire à l'échantillon. Le Tableau 1 présente la répartition des 19 équipes engagées dans l'Évaluation du PSJP.

Tableau 1. Portrait des milieux retenus pour l'évaluation du PSJP

Région socio-sanitaire	Équipe EFJ en CSSS	Nombre naissances vivantes femmes < 20 ans, 2002	% AD à forte et très forte défavorisation sociale et matérielle par territoire de CLSC, 2001	Répartition des budgets SIPPE (2005-2006)	
				AF %	CEF %
A	A1 ^a	54	17	75	20 ^c
	A2	33	32	98	2
	A3	52	23	80	20
B	B1	16	16	70	30
	B2	20	20		
C	C1	40	49	60	40
	C2 ^b	44	54	50	50
	C3 ^{a, b}	37	63	60	40
	C4 ^a	57	44	50	50
D	D1 ^a	38	40	60	40
	D2 ^b	39	16		
	D3 ^b	61	15		
	D4 ^a	45	25		
	D5	34	12		
E	E1 ^a	46	58	86	13
	E2 ^a		51		
F	F1	44	8	90	10
	F2	42	24	85	15
G	G1 ^b	33	5	75	25

^a Tendance à la baisse significative ($p \leq 0.05$) du nombre de naissances vivantes chez les femmes ≤ 20 ans, 1992 à 2002;

^b Participation à la phase pilote du PSJP, automne 2002;

^c 5% du budget alloué à d'autres activités.

Cinq sites avaient participé à la phase pilote du programme à l'automne 2002. Par ailleurs, sept sites indiquaient une tendance à la baisse statistiquement significative au regard du nombre de naissances vivantes chez les femmes de moins de 20 ans entre 1992 et 2002. Cette tendance s'est poursuivie pour l'ensemble des sites participant à l'évaluation. En ce qui a trait à l'hétérogénéité locale visée, près de la moitié des sites sont caractérisés par une importante

défavorisation sociale et matérielle, avec plus de 30% des AD de leurs territoires respectifs fortement et très fortement défavorisés. Au niveau de l'hétérogénéité régionale, des directives émises en 2005-2006 concernant la répartition locale des budgets PSJP/SIPPE entre les deux volets du programme, soit l'*Accompagnement des familles* et la *Création d'environnements favorables*, indiquent que deux régions exigeaient que 40% à 50% du financement local soit réservé à des activités CEF. Les équipes des cinq autres régions attribuaient la majeure partie des budgets à l'intervention d'accompagnement des familles au moment où cette évaluation a débuté.

2. Entrée dans les milieux locaux et maintien de liens

Les premiers contacts avec les équipes des CSSS sélectionnés ont débuté en septembre 2005 afin de présenter la recherche aux gestionnaires et d'obtenir leur accord pour faire part de cette évaluation de programme dans leurs établissements respectifs. Ces rencontres furent généralement organisées avec le soutien de répondantes régionales des DSP et ont permis de regrouper des personnes clefs de différents territoires locaux. Par la suite, cinq démarches ont eu lieu, avec chaque équipe: l'évaluation fut présentée aux équipes interprofessionnelles; des ententes furent établies avec les archivistes pour permettre l'accès aux dossiers cliniques des familles acceptant de participer à l'évaluation; et les procédures furent entamées auprès des CÉR afférents. Une fois les approbations éthiques obtenues, chaque équipe a dû être rencontrée à nouveau afin de rétablir le lien, présenter l'agente de recherche assignée au territoire et ajuster les procédures de collecte de données selon les particularités locales. Après trois à six mois de collecte de données, les 19 équipes furent rencontrées pour faire le point avec les intervenantes. L'Annexe H.2 présente un bilan de l'entrée et du maintien du lien dans chacun des milieux.

Le maintien de liens s'est poursuivi à travers divers mécanismes. La coordonnatrice de recherche a maintenu un contact régulier, minimalement aux deux mois, auprès de personnes désignées dans chaque site. Elle a tenté de rencontrer tout nouveau gestionnaire ou archiviste pour assurer la continuité de l'évaluation. Les agentes de recherche agissaient à titre de relais pour assurer une continuité des communications au fil des événements et changements vécus dans les équipes. Un feuillet d'information intitulé *L'Évaluation en bref* fut distribué sous forme de six bulletins entre l'automne 2005 et le printemps 2009. Parallèlement, l'évaluation a été présentée aux Tables de concertation locale en Enfance-Famille ou aux Comités CEF des SIPPE existants dans 10 territoires de CSSS, entre janvier 2007 et janvier 2008.

Au terme des 12 premiers mois de collecte de données, des espaces d'échange annuels ont été instaurés. Entre l'automne 2007 et janvier 2010, 18 des 19 équipes ont été rencontrées une à deux fois⁴, dans le cadre d'une réunion d'équipe mensuelle à laquelle pouvaient s'ajouter des partenaires communautaires ou d'autres secteurs d'intervention. Un chercheur y accompagnait une

⁴ La gestion de l'épisode de la grippe A H1N1 a fait en sorte que plusieurs des rencontres planifiées (des 2^e ou 3^e rencontres) ont dû être annulées.

professionnelle de recherche pour discuter de la progression et de la conduite de l'évaluation, de statistiques de recrutement des familles et de stratégies pour faciliter l'accès des agentes de recherche aux jeunes femmes enceintes. Des résultats préliminaires ont été présentés concernant l'entrée dans le programme et l'intervention prénatale documentée à partir des dossiers cliniques des familles, ainsi que les résultats d'une enquête portant sur le profil des intervenants PSJP. Ce retour d'information a permis aux équipes de discuter de leurs pratiques et de leur contexte d'intervention. Ce faisant, l'équipe de recherche a affiné sa compréhension du programme, a pu élargir l'éventail de stratégies de recrutement dans chaque milieu et a maintenu le lien essentiel pour la collecte de données en cours.

3. Considérations éthiques

L'obtention des premières approbations éthiques s'est échelonnée sur une période de 2,5 années, de décembre 2005 à juillet 2007 (Annexe H.2). À terme, 16 CÉR, soit ceux du CHUSJ, du MSSS et de certains CSSS ont été sollicités annuellement, chacun selon des exigences particulières, afin d'assurer le renouvellement des certificats d'éthique.

L'obtention du consentement de la part de jeunes femmes mineures a suscité des questionnements et a été longuement débattue. Au sens de la loi s'appliquant à la recherche, est mineure toute personne de moins de 18 ans. L'article 21 du Code civil exige le consentement du parent ou du titulaire légal de l'autorité parentale pour la participation d'une personne d'âge mineur à une expérimentation (C.c.Q., 1991, c. 64, a. 21; 1998, c. 32, a. 1). Le terme «expérimentation» s'applique à toute étude effectuée auprès de sujets humains. Selon Jean-Louis Baudouin (1981, p. 809), «l'expérimentation touche non seulement toute intervention d'ordre physique ou psychologique sur l'être humain, mais aussi toute intrusion dans sa vie privée dans le but de recueillir des données scientifiques». Ceci dit, une part importante des jeunes femmes recrutées pour cette évaluation ne vivaient plus avec leurs parents, ou vivaient en union libre avec leur conjoint, de manière autonome. En un mot, elles étaient émancipées, ce que ne considère pas notre Code civil. Ainsi, au sens de la loi, sans le consentement des parents, les mineures de moins de 18 ans ne peuvent pas participer à une évaluation portant sur un programme dont elles peuvent bénéficier, par ailleurs, sans même consulter leurs parents. En contrepartie, toujours au sens de la loi, ces mineures peuvent consentir à la participation de leur enfant à cette recherche.

Au terme de discussions, le consentement éclairé des mineurs participant à l'étude, de leurs parents *ou* d'un adulte non associé à l'intervention et choisi par la personne mineure a été obtenu selon les exigences des CER du MSSS, des CSSS ou du CHUSJ. Ainsi, 139 consentements ont été obtenus d'une tierce personne: 21 provenaient de parents de participants mineurs (15.1 %), 69 de personnes titulaires de l'autorité parentale (49.6 %) et 49 d'adultes significatifs choisis par la personne mineure (35,3 %).

4. Un espace de réflexivité entre le programme et l'évaluation

Afin d'assurer que l'évaluation produise des connaissances pouvant contribuer à la pratique des acteurs du programme, quatre comités d'orientation régionaux (régions A, B, C et D) ont été mis en place entre l'automne 2006 et la fin 2008. Chaque comité, composé de 15 à 20 personnes, a inclu des chercheurs de l'équipe d'évaluation; des intervenantes et gestionnaires des équipes PSJP/SIPPE des CSSS et des Directions régionales de santé publique; ainsi que des partenaires d'organismes communautaires, de Centres locaux d'emploi, de Centres de la petite enfance, de Centres jeunesse ou de Commissions scolaires ou d'écoles. De plus, des jeunes parents ou grands-parents ont participé à certains comités, selon l'ouverture des personnes en présence⁵. Un cadre de collaboration a fait l'objet des premières discussions (Annexe H.3). Chaque comité a tenu cinq à six réunions pour un total de 22 rencontres.

Ce dispositif s'est avéré particulièrement pertinent pour l'équipe de recherche qui a pu mieux comprendre les conditions dans lesquelles prenait place l'évaluation et la production de connaissances. S'inspirant de pratiques d'appréciation de la nature évaluable d'un programme (*evaluability assessment*) (Thurston & Potvin, 2003; Wholey, 2004), cette démarche a permis de cerner des enjeux de la mise en action du PSJP/SIPPE (Gendron & Goulet, 2008) et des ajustements pertinents ont pu être apportés, notamment, à la planification de la collecte de données auprès des acteurs intervenant dans le programme. Par ailleurs, la discussion de résultats préliminaires portant sur l'intensité de l'intervention d'accompagnement a permis de développer des indicateurs plus crédibles pour cette évaluation, en tenant compte de certaines nuances de la pratique. Enfin, cet espace a alimenté une certaine réflexivité (Bourdieu, 2000) de la part de l'équipe de recherche au regard de sa relation avec le système programme. Le processus évaluatif en soit, comme pratique produisant des connaissances et réflexions sur l'action, et potentiellement des transformations *dans l'action*, mérite une certaine objectivation afin de mettre en perspective les résultats.

⁵ Une allocation de participation a été versée aux représentants des organismes communautaires, aux jeunes et aux grands-parents.

ANNEXE C

PORTRAIT DE L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES, SELON DIFFÉRENTS MOMENTS DE LA TRAJECTOIRE D'INTERVENTION

1. Questions d'évaluation

Le portrait de l'accompagnement des familles répond à cinq questions d'évaluation de l'actualisation du PSJP:

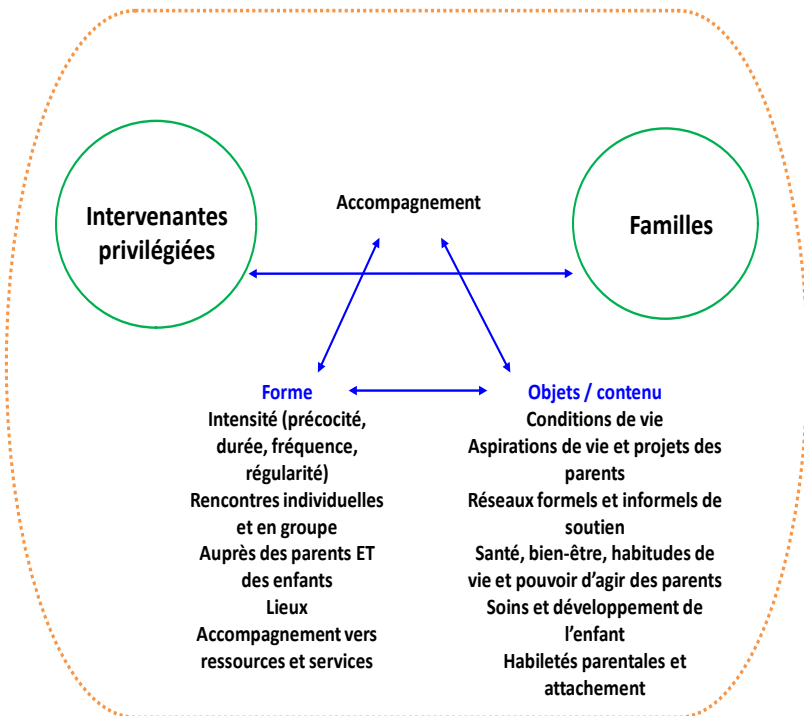
- 1) Quels sont les types de contacts?
- 2) Quelle est la durée d'exposition à l'intervention?
- 3) Qui intervient auprès des familles?
- 4) Quels sont les objets d'intervention auprès des familles?
- 5) Quelle est l'intensité de l'intervention, selon les divers types de contact?

Ces questions s'inscrivent dans le premier sous-système modélisé du PSJP (cf. Figure 2), lequel comprend les familles et les intervenantes privilégiées. Il s'agit de documenter la *forme* et la *nature* de l'intervention, ainsi que son *contenu*, en portant une attention particulière aux éléments reconnus comme étant générateurs d'effets notables et durables sur le développement des enfants et la trajectoire de vie des parents (Moreau, Léveillé, & Roy, 1998; Pomerleau, Malcuit, Moreau, & Bouchard, 2005; Ramey & Ramey, 1998; Shonkoff & Meisels, 2000; Shonkoff & Phillips, 2000; Tarabulsky, Provost, Drapeau, & Rochette, 2009). Ainsi, un programme comme le PSJP gagne à:

- Débuter tôt dans la vie des enfants, durer un certain temps, et posséder une bonne densité d'actions, en termes de fréquence et de régularité. Ces dimensions renvoient, notamment, à l'*intensité* de l'exposition au PSJP.
- Combiner diverses modalités de contact, ainsi que des interventions individuelles et de groupe, dans des lieux accessibles et sensibles aux réalités des jeunes parents et leurs enfants. Il s'agit également de favoriser le recours des familles aux services et ressources du territoire et de les y accompagner directement, lorsque possible. Un tel accompagnement serait d'ailleurs un pas essentiel pour faciliter la mise en réseau des parents avec les ressources disponibles, voire leur utilisation subséquente ou même leur implication dans la communauté.
- Enfin, agir directement sur les enfants *et* sur les parents, de manière bi-générationnelle. Par exemple, l'intervention peut inclure des activités pour appuyer la relation d'attachement et les compétences parentales, ou pour favoriser la santé du bébé et stimuler son développement, par le biais d'actions directes et soutenues réalisées par les parents auprès de leur enfant. Il importe aussi d'accompagner les parents dans leur propre trajectoire de vie. Leurs conditions de vie, leurs aspirations et projets, l'élargissement de réseaux de soutien formels et informels, ainsi que leurs habitudes de vie, leur santé, leur pouvoir d'agir et leur bien-être psychologique constituent, tous, des dimensions essentielles d'une intervention globale.

La Figure 3 présente une partie de la modélisation de la théorie du programme en ce qui a trait à la forme et au contenu de l'intervention privilégiée. Il s'agit des principaux éléments de la collecte de données permettant d'établir un portrait de l'accompagnement des familles.

Figure 3. Modélisation de la théorie du programme: forme et contenu de l'accompagnement privilégié



2. Méthode – Analyse documentaire des dossiers cliniques

2.1 Devis

Mensuellement, de novembre 2006 à octobre 2010, les dossiers cliniques de toutes les personnes participant à cette recherche évaluative, soit les mères, leurs bébés et les pères, le cas échéant, ont été consultés pour extraire des données à l'aide de formulaires standardisés (Annexes H.4 et H.5). Chaque note clinique, datée et signée, fut considérée pour remplir un formulaire: le contenu d'un formulaire représente un contact. Lorsque disponibles, les outils d'évaluation et de planification de l'intervention furent également consultés pour compléter l'information colligée. Des codes alphanumériques furent attribués à chaque personne. Tous les membres de la même famille ont le même code numérique; tandis que les autres caractères permettent de distinguer la mère, le père, un partenaire de la mère, ou le bébé. De plus, des codes assignés à chaque intervenante permettent d'identifier sa profession ainsi que le site local, en CSSS.

2.2 Échantillon

Au total, plus de 34 000 contacts ont été documentés auprès des 451 familles ayant été recrutées pour créer une cohorte dans le cadre de cette évaluation de programme⁶. La période couverte par cette collecte de données documentaires s'échelonne du premier contact PSJP prénatal jusqu'à 24 mois de vie de l'enfant. Si un parent signifiait son refus de poursuivre sa participation à l'étude⁷, ou que nous avions une indication claire que la famille avait déménagé⁸ vers un territoire non inclus dans l'évaluation, ces dossiers ne furent plus consultés. Autrement, même en l'absence de contacts documentés, les dossiers cliniques furent consultés mensuellement.

2.3 Collecte de données: défis et contrôle de qualité

Cette collecte de données documentaires a comporté plusieurs défis. D'une part, bien que l'accès aux dossiers cliniques ait été grandement facilité par la collaboration soutenue des archivistes de chaque site, des mécanismes supplémentaires ont dû être adoptés pour retracer des dossiers qui demeuraient dans les bureaux des intervenantes. Par ailleurs, la lisibilité des informations, le recours à des abréviations locales, l'organisation différente des dossiers, selon l'endroit, et le nombre élevé d'agentes de recherche (plus de 15), constituaient des sources d'erreur potentielles.

Outre la formation continue des agentes de recherche, la mise à jour régulière d'instructions détaillées, et le pairage⁹ du personnel de recherche pour assurer une meilleure homogénéité des pratiques d'extraction de données, deux mécanismes de contrôle de qualité ont été instaurés: la vérification de formulaires, pour chaque agente de recherche; et la double saisie permettant de produire des indices de fidélité (concordance inter-juge). La gestion informatisée de ce suivi de qualité, à partir de l'automne 2007, a permis de créer des bilans trimestriels pour la supervision de chaque agente de recherche.

Le Tableau 2 présente les procédures adoptées pour la **vérification des formulaires**. Il s'agissait de repérer les items pour lesquels il y avait des données manquantes, des réponses non appropriées, ou des dates non congruentes. Cet exercice a également permis d'identifier des items pour lesquels il y avait un fort pourcentage de données non disponibles dans les dossiers cliniques.

⁶ La méthode déployée pour la cohorte est présentée à l'Annexe D.

⁷ Dans ce cas, le parent signifiait son refus de poursuivre sa participation, par téléphone ou par écrit, soit à l'agente de recherche responsable de la collecte de données ou auprès du bureau de coordination.

⁸ Cette information était obtenue par l'agente de recherche auprès d'un membre de la famille; ou elle était indiquée dans le dossier clinique du parent. Si le parent demeurait dans un périmètre de 50 km de la zone de collecte de données d'une agente de recherche de l'équipe, les entrevues par questionnaire (voir méthode 3) ont été poursuivies.

⁹ Le pairage d'agentes de recherche ayant des compétences complémentaires s'est avéré pertinent pour appuyer l'interprétation du contenu des dossiers cliniques. De plus, cela a permis de réduire le nombre d'épisodes de collecte de données dans les sites, et donc de diminuer les demandes effectuées auprès des archivistes, tout en augmentant le volume de données recueillies par épisode.

Tableau 2. Collecte de données dans les dossiers cliniques. Procédures de vérification des formulaires

Période	Procédures de vérification des formulaires
Novembre 2006 à Octobre 2010	Vérification de tous les formulaires de chaque agente de recherche durant ses quatre premiers mois d'embauche. Vérification de tous les formulaires «Entrée dans le PSJP».
Novembre 2006 à Juin 2007	Période de mise à l'épreuve des formulaires. Versions finalisées en juin 2007; <i>tous</i> les formulaires vérifiés pour assurer l'harmonisation de la base de données.
Juillet 2007 à Août 2009	Vérification un formulaire sur cinq pour chaque agente de recherche.
Septembre 2009 à Octobre 2010 (fin de collecte)	Vérification aléatoire pour chaque agente de recherche.

Au total, près de 20% de tous les formulaires recueillis ont fait l'objet d'une vérification. Cet exercice a donné lieu à trois constats. Premièrement, les données témoignant du *détail* de l'intervention (par exemple, les autres personnes présentes durant les rencontres avec les jeunes femmes; les ressources extérieures interpellées *via* des mécanismes de référence ou d'accompagnement; et les objets d'intervention) comportent trop de données manquantes pour se doter d'indicateurs valides. À cet égard, les résultats témoignant du *contenu* des interventions doivent donc être interprétés avec prudence. Deuxièmement, il a été possible d'identifier six équipes en CSSS (parmi les 19) qui comportaient des registres suffisamment détaillés pour identifier quelles familles participaient aux interventions de groupe. Ainsi, des indices d'intensité plus «complets» ne sont possibles que pour six sites. Enfin, la compilation du résultat de ces vérifications indique qu'il y a peu de données manquantes ou sans correspondance, pour les items retenus pour le calcul des indices d'intensité de l'intervention PSJP (moins de 5%). Ce sont ces items qui ont fait l'objet d'une attention particulière au travers un exercice de double saisie des formulaires.

La **double saisie des formulaires** a été réalisée durant une période de 14 mois (mars 2008 à avril 2009), notamment pour se doter d'un indicateur de fidélité pour les items retenus pour l'élaboration des indices d'intensité de l'intervention PSJP. En tout, 53 séances de double saisie ont été réalisées (médiane de trois séances par agente de recherche; étendue 1 à 10): les données de chaque dossier ont été extraites par deux agentes de recherche, de manière indépendante. Des pourcentages de concordance inter-juge, pour chaque item et chaque formulaire, ont ensuite été colligés. Bien qu'il soit reconnu que la fidélité n'est pas une garantie de validité (Crocker & Algina, 1986), il s'agit néanmoins d'une condition essentielle à évaluer. Le Tableau 3 présente les pourcentages moyens de concordance, toutes agentes de recherche confondues.

Tableau 3. Fidélité de la collecte de données dans les dossiers cliniques: pourcentage moyen de concordance des variables considérées pour les indices d'intensité de l'intervention PSJP

Année	Variables (% concordance)							
	Date du contact	Région	Site CLSC	Code famille	Code sujet	Code intervenant	Rencontre en personne	Communication significative au téléphone
2008	98,3	100	95,8	99,8	98,7	98,0	99,0	99,2
2009	99,5	100	100	99,2	97,5	97,4	100	99,2

Les pourcentages de concordance varient de 95,8% à 100%, selon les années, pour les variables retenues pour l'élaboration des indices d'intensité de l'intervention. Cependant, même si les données se rapportant aux communications significatives par téléphone apparaissent fiables, les intervenantes ont maintes fois signalé qu'il y a risque de sous estimation de cette pratique puisque cette information n'était pas colligée systématiquement.

En ce qui a trait aux autres variables examinées, les données témoignant du recours (oui / non) à des ressources extérieures via des mécanismes de référence et d'accompagnement, lorsque disponibles, sont fiables (95% en 2008; 98% en 2009). De plus, cet exercice a permis de constater que la fidélité inter-juge demeure faible en ce qui a trait aux objets d'intervention, même lorsque l'information est présente.

En bref, sachant que le recours à des dossiers cliniques présente un risque de données peu fiables (Michel, Salmi, Sibé, & Salmi, 2000), il s'est avéré essentiel de se doter de mécanismes de contrôle de qualité. Ceux-ci ont permis d'effectuer des choix crédibles pour le développement d'indices d'intensité de l'intervention PSJP et de mettre en perspective certains des résultats.

2.4 Analyse des données

Les analyses, effectuées à l'aide du logiciel SPSS, comportent des statistiques descriptives et comparatives selon la période d'intervention. Les périodes d'intervention suivantes ont été sélectionnées, d'une part pour tenir compte du calendrier de rencontres spécifié par le *Cadre de référence* des SIPPE, lequel comporte différentes fréquences de contacts, et d'autre part pour établir des périodes de temps de durée comparable, lorsque possible: la période prénatale; les six premières semaines de vie du bébé; 6 semaines à 6 mois; 7 à 12 mois; 13 à 18 mois; et 19 à 24 mois. Cette catégorisation permet également de considérer l'évolution de l'intensité de l'intervention, à travers le temps.

Par ailleurs, des mesures agrégées combinant le nombre de contacts et la durée d'exposition ont permis de produire des indices d'intensité de l'intervention qui traduisent, en quelque sorte, le «dosage» de l'intervention. Pour chaque période d'intervention, la formule suivante est appliquée :

$$\frac{\text{Nombre de contacts documentés}}{\text{Nombre de contacts prescrits par le programme}} \times \frac{\text{Nombre de semaines exposé au PSJP}}{\text{Nombre de semaines prescrit par le programme}}$$

Un indice de «1» suggère que l'intensité visée par le programme, tel que prescrite, est atteinte. Un indice de moins de «1» suggère que l'intensité de l'intervention est moins forte que prescrite par le programme; tandis qu'un indice de plus de «1» indique que l'intensité de l'intervention est plus forte que celle prescrite par le programme.

Par exemple, en contexte prénatal, le programme prescrit un contact (visite à domicile) aux deux semaines, à partir de la 12^e semaine de grossesse. Pour fins d'analyse, la durée de grossesse attendue a été fixée à 40 semaines pour toutes les participantes. Dans ce cas, un contact à toutes les deux semaines, à partir de la 12^e semaine de grossesse, équivaut à 14 contacts et une durée d'exposition au programme de 28 semaines¹⁰. L'indice d'intensité de l'intervention prénatale, pour chaque famille, fût produit à partir de la formule suivante :

$$\frac{\text{Nombre de contacts documentés}}{14 \text{ contacts prévus}} \times \frac{\text{Nombre de semaines exposé au PSJP}}{28 \text{ semaines prévues}}$$

L'Annexe H.6 présente les formules appliquées pour la production des indices d'intensité, selon la période d'intervention. Aussi, des indices d'intensité *selon le type de contact* ont été produits :

- Visites à domicile – rencontre planifiée ou sans rendez-vous, réalisée à domicile, chez la jeune femme, le conjoint (père biologique et/ou partenaire), les grands-parents ou des amies ou d'autres membres de la famille
- Visites à domicile ou au CLSC
- Intervention significative au téléphone – parent rejoint par l'intervenante, ou inversement pour suivi régulier; ou prise ou confirmation de rendez-vous, avec indication d'intervention portant sur un sujet particulier
- Accompagnement privilégié: tout contact individuel, quelque soit le lieu, en personne ou au téléphone.
- Accompagnement privilégié + interventions de groupe au CSSS (6 sites seulement)

¹⁰ Pour celles dont la durée de la grossesse est moindre (37 à 39 semaines), les constantes imposées dans le calcul des indices d'intensité pourraient produire un sous-estimé de l'intensité de l'intervention; tandis que les grossesses de plus de 40 semaines pourraient donner lieu à un indice surestimé. Il est à noter qu'une autre formule est appliquée pour les naissances prématurées, soit celles équivalent à ≤ 36 semaines + 6 jours de grossesse. Voir Annexe H.7.

Il est à noter que les indices tentent de traduire l'intensité de l'intervention auprès des *familles*, plutôt qu'uniquement auprès des mères. Ainsi, nous avons consulté tous les dossiers des membres d'une même famille (mère, conjoint, bébé), lorsque possible. Puisque les agentes de recherche devaient extraire des données et remplir un formulaire pour chaque note clinique signée par une intervenante, que ce soit ou non la même intervenante, et que ce soit ou non à la même date, pour tous les membres d'une même famille¹¹, ceci a inévitablement contribué à générer des «doublons». Par exemple, nous avons constaté que l'information rendant compte de contacts postnataux se retrouvait parfois de manière équivalente dans les dossiers de la mère et du bébé. Un algorithme de gestion des doublons a donc été développé afin de réduire le nombre de doublons (Annexe H.7).

2.5 Interprétation des résultats

Dans ce qui suit, plusieurs tableaux de résultats sont présentés. Deux précisions s'imposent. Premièrement, les valeurs p qui renvoient au niveau de signification statistique quant à des différences entre des catégories de variables sont considérées comme suit :

- 1) une différence est jugée significative lorsque la valeur p est égale ou inférieure à 0,05;
- 2) quand la valeur p n'atteint pas le seuil fixé à 0,05, mais demeure moins de 0,10, il est possible de considérer qu'il y a une tendance; et
- 3) si la valeur p est plus grande que 0,10, la différence entre les pourcentages ou valeurs moyennes ne présente pas d'intérêt.

Deuxièmement, les indices d'intensité de l'intervention d'accompagnement sont assortis d'intervalles de confiance de 95%. Ceci permet de distinguer dans quelle mesure des indices sont différents: lorsque les intervalles de confiance de deux indices ne se recoupent pas, la différence est considérée statistiquement significative.

3. Résultats

3.1 Quels sont les types de contacts?

Le Tableau 4 présente le nombre moyen de contacts individuels, par famille, selon le type de contact et pour chaque période d'intervention. À titre indicatif, le nombre de contacts prévus par le *Cadre de référence* du programme est indiqué en bleu. Il est à noter que les bébés nés prématurément ($n = 26$ bébés) sont exclus des données considérées pour la période prénatale et 0-6 semaines.

Le nombre moyen de contacts individualisés par famille est atteint durant les six premières semaines de vie du bébé (6,5 contacts en moyenne) et s'avère plus élevé que le nombre attendu durant la période 6 semaines – 6 mois (13,8 contacts, en moyenne). Après les six premiers mois

¹¹ Il s'agissait de réduire les possibilités d'interprétations différenciées entre les agentes de recherche.

de vie du bébé, il y aurait environ un à deux contacts de moins que prévu, par période, pour les familles qui demeurent toujours accompagnés par des intervenantes du PSJP.

Tableau 4. Nombre moyen de contacts individuels, par famille, selon le type de contact, par période d'intervention

Période d'intervention (N familles)	Nombre moyen de contacts individuels (%)				
	Total contacts individuels	Visites à domicile	Au CSSS	Téléphone	Autres endroits
Prénatale (N = 398)	10,9 (14 prévus)	6,2 (57%)	2,4 (22%)	1,6 (15%)	0,7 (6%)
0 – 6 semaines (N = 378)	6,5 (6 prévus)	4,6 (71%)	0,4 (6%)	1,3 (20%)	0,2 (3%)
6 sem. – 6 mois (N = 397)	13,8 (12 prévus)	8,2 (59%)	2,6 (19%)	2,5 (18%)	0,5 (4%)
7 – 12 mois (N = 359)	10,0 (12 prévus)	5,8 (58%)	1,7 (17%)	1,9 (19%)	0,6 (6%)
13 – 18 mois (N = 248)	7,8 (9 prévus)	4,0 (52%)	1,7 (22%)	1,8 (22%)	0,3 (4%)
19 – 24 mois (N = 148)	6,0 (8 prévus)	3,5 (58%)	1,2 (20%)	1,2 (20%)	0,1 (2%)

Par ailleurs, à l'exception des six premières semaines de vie du bébé, le pourcentage de contacts par visite à domicile serait relativement stable, soit au moins un contact sur deux par période d'intervention; et environ un contact sur cinq aurait lieu au CLSS et au téléphone, respectivement. Peu de contacts, avec des intervenants privilégiés du PSJP auraient lieu dans d'autres endroits, tels un organisme communautaire, le Centre jeunesse, à l'école ou dans un autre milieu clinique. En ce qui a trait à la période se rapportant aux six premières semaines de vie du bébé, il y a significativement plus de visites effectuées à domicile ($p = 0,000$) et moins au CLSC ($p = 0,000$), comparativement à la période prénatale.

Il importe de souligner que ces résultats témoignent du portrait de l'intervention d'accompagnement pour les familles qui *demeurent* en contact avec le programme. Le Tableau 5 présente le taux de rétention des participants de la cohorte constituée pour cette recherche évaluative, par période d'intervention. Près de 80% des familles recrutées durant la période prénatale ont encore des contacts avec le programme pendant la période 7-12 mois. L'attrition est plus marquée à partir de

la première moitié de la deuxième année de vie du bébé¹². Au cours des six mois précédant le deuxième anniversaire du bébé, seulement 38% des familles de la cohorte recrutée auraient eu des contacts avec PSJP. Les conditions associées à la rétention dans le programme et à l'intensité de l'intervention seront présentées plus loin dans ce rapport (Annexe G).

Tableau 5. Rétention des familles de la cohorte de l'*Évaluation du PSJP*, par période d'intervention

Période prénatale	Période postnatale (% rétention)				
	0-6 semaines	6 semaines – 6 mois	7-12 mois	13-18 mois	19-24 mois
451 familles (100%)	412 familles (-39 familles) (91,4%)	397 familles (- 15 familles) (88%)	359 familles (-38 familles) (79,6%)	248 familles (-109 familles) (55,2%)	148 familles (-37 familles) (38,3%)

3.2 Quelle est la durée d'exposition à l'intervention?

La durée d'exposition à l'intervention d'accompagnement privilégié est importante, notamment pour mettre en perspective le nombre moyen de contacts moins élevé que prévu, par famille, durant la période prénatale, soit 10,9 plutôt que 14.

À cet effet, au moment de l'inscription au PSJP, les jeunes femmes ont, en moyenne, cumulé 16 semaines de grossesse (écart : 2 – 35 semaines), plutôt que 12 semaines, tel que prévu par le *Cadre de référence* du programme. De plus, il y aurait, en moyenne, un délai de 1,4 semaine entre le moment de l'inscription au programme et la première rencontre avec une intervenante privilégiée, soit la période nécessaire pour l'assignation des familles à des intervenantes ou pour la prise de rendez-vous avec les familles. Ainsi, la durée moyenne d'exposition prénatale au PSJP serait d'environ cinq à six semaines de moins que prévu par le programme. Vu autrement, il s'agit donc d'une moyenne de 10,9 contacts par famille sur une durée moyenne d'exposition prénatale au PSJP de 22 à 23 semaines.

En ce qui a trait aux six premières semaines de vie du bébé, il est à souligner que tous les bébés nés à terme ont été en contact pour la durée d'exposition prévue de 6 semaines.

¹² Les familles dont les bébés n'ont pas atteint l'âge de 13 mois à la fin de la collecte de données, le 30 septembre 2010, sont exclues des statistiques d'attrition des deux dernières périodes : en date du 1^{er} octobre 2010, deux bébés n'ont pas atteint l'âge de 13 mois; et 63 bébés n'ont pas atteint l'âge de 19 mois. Ces 65 familles ne sont pas compilées dans les statistiques de rétention.

Enfin, pour chaque période d'intervention postnatale, le Tableau 6 distingue le nombre moyen de semaines d'exposition au PSJP et de contacts individuels, par famille, selon que celles-ci aient été en contact durant la totalité de la période considérée ou non. Pour la période d'intervention 6 semaines à 6 mois, une durée d'exposition de *20 semaines ou plus* est considérée complète; tandis que pour les périodes subséquentes, une durée d'exposition de *22 semaines ou plus* est considérée complète.

Tableau 6. Nombre moyen de semaines d'exposition et de contacts individuels, par famille, selon la durée d'exposition, par période d'intervention postnatale

Période d'intervention postnatale (N familles)	Durée d'exposition = complète			Durée d'exposition = partielle		
	% familles	Nombre moyen semaines	Nombre moyen contacts	% familles	Nombre moyen semaines	Nombre moyen contacts
6 sem. – 6 mois (N = 397) <i>12 contacts prévus</i>	70%	22,6	16,3	30%	13,1	6,2
7 – 12 mois (N = 359) <i>12 contacts prévus</i>	65%	23,9	13,0	35%	13,9	4,6
13 – 18 mois (N = 248) <i>9 contacts prévus</i>	58%	24,6	10,7	42%	12,3	3,9
19 – 24 mois (N = 148) <i>8 contacts prévus</i>	18%	22,3	9,9	82%	14,6	5,1

Les données indiquent que lorsque la durée d'exposition est considérée, il y a diminution du pourcentage de familles exposées à des contacts individualisés *durant la totalité de chaque période considérée*, à travers le temps, soit de 70% des familles (période 6 semaines à 6 mois de vie du bébé) à 18% des familles (période 19 à 24 mois de vie du bébé). Il est à signaler que ces familles bénéficient, en moyenne, d'un plus grand nombre de contacts que recommandés par le *Cadre de référence des SIPPE* (les recommandations sont indiquées en bleu), soit un à quatre contacts de plus selon la période. Par ailleurs, lorsque la durée d'exposition est partielle, le nombre moyen de contacts, par famille, représente près de la moitié recommandé, selon la période d'intervention postnatale.

3.3 Qui intervient auprès des familles?

Bien qu'il n'ait pas été possible d'identifier, à partir des dossiers cliniques, qui étaient les intervenantes privilégiées auprès de chacune des familles, il est néanmoins possible de distinguer les diverses professions engagées auprès des familles participant à l'*Évaluation du PSJP*.

Le Tableau 7 indique qu'il peut y avoir jusqu'à quatre intervenantes, représentant près de trois professions différentes, en moyenne, auprès des familles durant la période prénatale. Le nombre

moyen d'intervenants ou de professions différentes engagées auprès des familles, durant les périodes d'intervention postnatales, se situe aux environs de deux (2) et ne varie pas significativement à travers le temps.

Tableau 7. Intervenants qui accompagnent les familles, selon la période d'intervention

Période d'intervention (N familles)	Nb. moyen intervenants	Nb. moyen professions différentes	% familles accompagnées par			
			INF	NU	TS	ÉS
Prénatale (N = 398)	3,8	2,6	97%	94%	77%	n.d.*
0 – 6 semaines (N = 378)	2,4	1,7	96%	36%	9%	n.d.*
6 sem. – 6 mois (N = 397)	1,8	2,1	90%	38%	42%	19%
7 – 12 mois (N = 359)	2,7	2,4	86%	33%	49%	27%
13 – 18 mois (N = 248)	2,2	1,7	78%	28%	45%	23%
19 – 24 mois (N = 148)	2,0	1,7	79%	24%	45%	20%

* information non disponible

Par ailleurs, en période prénatale, une majorité importante de familles est accompagnée, à un moment ou un autre, par une infirmière (97% des familles), une nutritionniste (94% des familles) ou une travailleuse sociale (77% des familles). Durant les périodes d'intervention postnatale, la majorité des familles (78% à 96%) demeure accompagnée par une infirmière; jusqu'au tiers des familles (24% à 38%) sont accompagnées par une nutritionniste; et près de la moitié des familles sont accompagnées par une travailleuse sociale (42% à 49%), à l'exception des six premières semaines de vie du bébé. Les éducatrices spécialisées seraient rarement présentes auprès des familles au début de la trajectoire d'intervention : elles seraient davantage engagées dans l'accompagnement de familles dès les six premiers mois de vie du bébé: 19 % à 27% des familles seraient accompagnées par ces professionnelles, selon les périodes d'intervention considérées.

Lorsque l'on considère la part relative des contacts effectués par chaque type de professionnelle, mis à part les six premières semaines de vie du bébé durant lesquelles trois contacts sur quatre sont réalisées par une infirmière, la part relative des contacts effectués par chaque type de professionnelle apparaît assez uniforme à travers le temps (cf. Tableau 8). Il s'agit vraisemblablement du reflet de l'organisation des ressources à l'intérieure des équipes interprofessionnelles engagées dans le PSJP. La majorité des contacts individualisés ont lieu avec

des infirmières (environ la moitié); et moins du quart des contacts sont réalisées par une travailleuses sociale. Enfin, bien que davantage de familles soient accompagnées, à un moment ou un autre, par des nutritionnistes, la part relative des contacts effectués par ces professionnelles et les éducatrices spécialisées apparaît similaire durant les périodes d'intervention postnatale.

Tableau 8. Part relative des contacts effectués par chaque type de professionnelle, selon la période d'intervention

Période d'intervention (N familles)	% contacts effectués par			
	INF	NU	TS	ES
Prénatale (N = 398)	48%	22%	26%	2%
0 – 6 semaines (N = 378)	76%	2%	16%	4%
6 sem – 6 mois (N = 397)	58%	11%	17%	10%
7 – 12 mois (N = 359)	49%	12%	22%	14%
13 – 18 mois (N = 248)	52%	12%	24%	10%
19 – 24 mois (N = 148)	48%	9%	23%	10%

3.4 Quels sont les objets d'intervention auprès des familles?

Bien que les données extraites des dossiers cliniques soient autant le reflet de pratiques d'intervention que de pratiques de *documentation* de l'intervention, les données suivantes suggèrent qu'une diversité de sujets est abordée au travers l'accompagnement privilégié auprès des familles. Ces données fournissent également une indication des tendances quant aux priorités d'intervention lors des rencontres individualisées, selon les périodes. Dans ce qui suit, chaque figure présente la proportion de familles pour lesquelles il y a eu indication de l'objet d'intervention, au moins une fois, durant les six périodes d'accompagnement examinées.

La Figure 4 rend compte des objets d'intervention documentés relativement au bien-être des parents et des familles. Les éléments suivants ont été extraits des dossiers cliniques :

- **Conditions de vie** : recherche de logement, sécurité, salubrité; accès à des allocations ou prestations diverses, gestion du budget; dépannage et sécurité alimentaire; accès à des ressources matérielles et transport
- **Habitudes de vie** : saines habitudes alimentaires; activité physique et loisirs; tabagisme, consommation alcool ou drogues

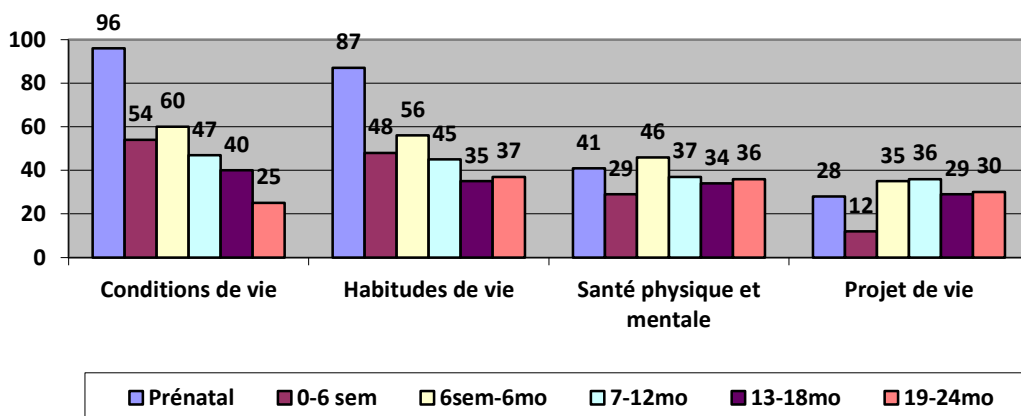
- **Santé physique et mentale** de la mère
- **Projet de vie** : école et travail; vie de couple

Les conditions de vie et les habitudes de vie des jeunes parents seraient abordées au moins une fois pour la majorité des familles durant la période prénatale, soit 96% et 87% des familles respectivement. Par la suite, la proportion de familles pour lesquelles il y a eu indication d'intervention au regard des conditions de vie diminue, passant de près de 60% des familles durant les premiers mois de vie du bébé à 25% des familles durant la dernière période d'intervention documentée. En ce qui a trait aux habitudes de vie des parents, il y a indication d'intervention à ce sujet pour environ 50% des familles durant la première année de vie du bébé; et ceci diminue à près du tiers des familles durant la deuxième année de vie du bébé.

La santé physique et mentale de la mère fait l'objet de documentation pour 41% des familles durant la grossesse; tandis que ce thème serait inscrit dans les dossiers cliniques, en dehors du suivi postnatal habituel, pour 29% des mères au cours des 6 premières semaines de vie de leur enfant. Durant les périodes subséquentes, moins et la moitié, voire même le tiers des dossiers comprendraient des informations à l'égard de ces objets d'intervention.

Enfin, les projets de vie font l'objet d'une intervention documentée pour au moins une famille sur trois, à l'exception des six premières semaines de vie du bébé.

Figure 4. Proportion de familles pour lesquelles il y a eu indication d'intervention relativement au bien-être des parents et des familles, selon la période d'intervention

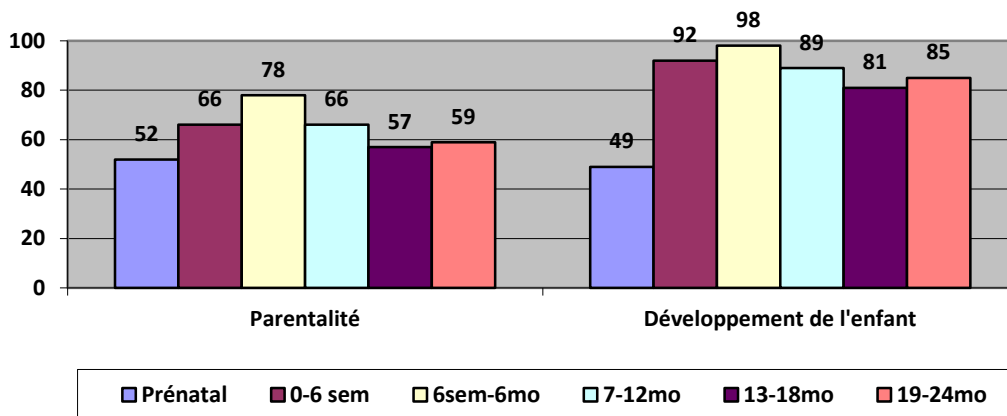


En ce qui a trait aux interventions qui seraient plutôt centrées sur le bébé, les éléments suivants ont été extraits des dossiers cliniques :

- **Parentalité** : devenir parent; préparation à la venue du bébé; soins du bébé
- **Développement de l'enfant** : activités de stimulation; besoins en alimentation

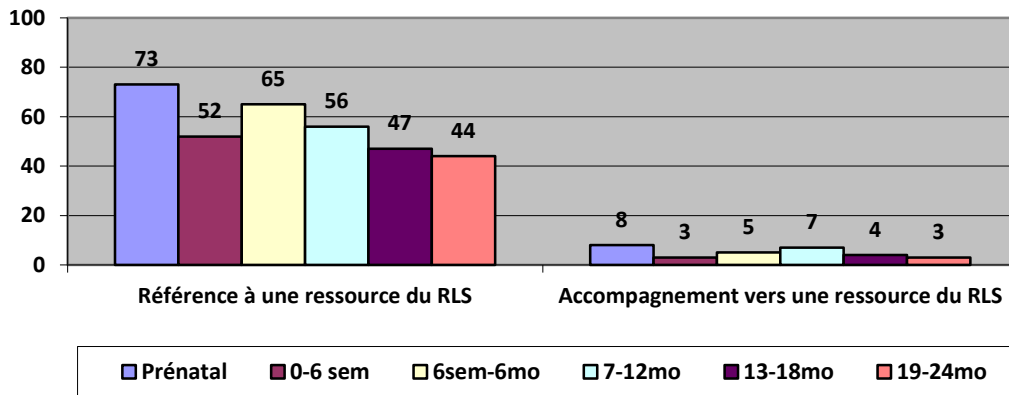
La Figure 5 suggère qu'une fois le bébé né, les objets d'intervention se situent principalement dans les domaines du développement de l'enfant et de la parentalité, quelle que soit la période. Ainsi, le développement de l'enfant est abordé au moins une fois auprès de plus de huit familles sur 10 (81% à 98% de familles) selon la période d'intervention postnatale; tandis la parentalité fait l'objet d'interventions avec au moins six familles sur 10 (57% à 78% des familles) durant les mêmes périodes. Par ailleurs, l'information suivant s'impose: les dossiers de plus 9 familles sur 10 comportent des indications d'interventions portant sur l'allaitement et le «suivi de routine» du bébé durant la période postnatale 0-6 semaines.

Figure 5. Proportion de familles pour lesquelles il y a eu indication d'intervention relativement au bébé, selon la période d'intervention



Enfin, les données extraites des dossiers cliniques donnent un aperçu des interventions de **référence** et d'**accompagnement** des familles par une intervenante vers une ressource du RLS. Bien que l'intervention quant au type de ressources ou services soit peu documentée, la Figure 6 indique que la référence aux ressources du milieu est abordée avec près des trois quarts des familles (73%) durant la période prénatale; tandis que moins de la moitié des familles (44%) seraient toujours référées vers des ressources du RLS durant la dernière période d'intervention documentée, soit 19-24 mois de vie du bébé. Il s'agit d'une intervention qui pourrait être complémentaire à celles portant sur les conditions de vie des familles et sur les projets de vie des parents et à celles en soutien au développement du bébé. La Figure 6 suggère, par ailleurs, que l'accompagnement des familles vers les ressources demeure une pratique marginale, quelle que soit la période d'intervention.

Figure 6. Proportion de familles pour lesquelles il y a eu indication d'intervention de référence ou d'accompagnement vers des ressources du RLS, selon la période d'intervention



3.5 Quelle est l'intensité de l'intervention, selon les divers types de contact?

3.5.1 Intensité de l'intervention individualisée

Le Tableau 9 présente les indices d'intensité de l'intervention, pour les contacts individualisés, selon la période d'intervention. Il est à noter que seules les familles pour lesquelles il y a eu naissance d'un bébé à terme sont considérées pour les indices d'intensité durant les périodes d'intervention prénatale et les six premières semaines de vie du bébé. Par ailleurs, la période d'intervention prénatale a été décomposée afin de rendre plus finement compte de la trajectoire d'accompagnement en période prénatale. Ainsi, durant cette période, les intervalles temporels suivants sont considérés:

- la période prénatale complète qui débute au moment de la première intervention privilégiée documentée dans le dossier clinique de la jeune femme enceinte, jusqu'à la naissance du bébé
- la période prénatale, à partir de la première intervention privilégiée documentée dans le dossier clinique de la jeune femme enceinte, jusqu'à la 6^e semaine précédant l'accouchement
- les 6 dernières semaines de la grossesse

En ce qui a trait à l'intensité de l'intervention en **période prénatale**:

- L'intensité des **visites à domicile** pour la période complète (indice = 0,40) représente un peu plus de la moitié de l'intensité d'accompagnement privilégié, soit l'ensemble des contacts individuels (indice = 0,72). De plus, l'intensité des visites à domicile durant les 6 dernières semaines de grossesse (indice = 0,55) est deux fois plus élevée ($p = 0,000$) que l'intensité des visites à domicile précédant cette période (indice = 0,27).

- L'intensité des **visites à domicile ou au CSSS**, quelle que soit la période considérée durant la grossesse, représente environ 80% de l'intensité d'accompagnement privilégié. De plus, durant les 6 dernières semaines de grossesse (indice = 0,68), elle est 1,7 fois plus élevée ($p = 0,000$), que celle précédant cette période (indice = 0,39).
- L'intensité de l'**accompagnement privilégié** pour la période prénatale complète (indice = 0,72) suggère que l'intensité visée par le programme est plus modeste que ce qui est prévu durant cette période. Les données présentées plus tôt permettent toutefois de constater que ceci serait fonction de la durée d'exposition des familles à l'intervention prénatale. À titre de rappel, la durée d'exposition prénatale au PSJP serait de 22 à 23 semaines, en moyenne. Considérant la moyenne constatée de 10,9 contacts prénataux par famille, ceci correspondrait, globalement, à la «règle» d'un contact par deux semaines ($11/23 = 2,1$), une fois l'intervention privilégiée amorcée. Ceci dit, l'intensité est 1,8 fois plus élevée ($p = 0,000$) durant les six dernières semaines de grossesse (indice = 0,86) comparativement à l'intensité de l'accompagnement privilégié précédant cette période (indice = 0,48).

Tableau 9. Indices d'intensité de l'intervention, selon le type de contact individualisé et la période d'intervention

Type de contact	Indice d'intensité [IC]							
	Période prénatale (N = 372 bébés à terme)			Période postnatale				
	Période complète	Jusqu'à 6 semaines avant accouchement	6 dernières semaines de grossesse	0-6 semaines N = 378 bébés à terme	6 sem – 6m. N = 397 bébés	7-12 mois N = 359 bébés	13-18 mois N = 248 bébés	19-24 mois N = 148 bébés
Visite à domicile	0,40 [0,38 – 0,45]	0,27 [0,25 – 0,30]	0,55 [0,52 – 0,62]	0,78 [0,76 – 0,84]	0,64 [0,58 – 0,70]	0,44 [0,39 – 0,50]	0,42 [0,35 – 0,48]	0,37 [0,29 – 0,45]
Visite à domicile ou au CSSS	0,56 [0,52 – 0,60]	0,39 [0,36 – 0,41]	0,68 [0,64 – 0,74]	0,84 [0,82 – 0,91]	0,85 [0,78 – 0,91]	0,60 [0,53 – 0,67]	0,59 [0,51 – 0,68]	0,50 [0,40 – 0,59]
Intervention significative au téléphone	0,11 [0,10 – 0,13]	0,07 [0,05 – 0,08]	0,15 [0,12 – 0,18]	0,21 [0,18 – 0,24]	0,19 [0,16 – 0,22]	0,15 [0,12 – 0,17]	0,18 [0,14 – 0,21]	0,12 [0,09 – 0,16]
Accompagnement privilégié	0,72 [0,66 – 0,77]	0,48 [0,45 – 0,51]	0,86 [0,81 – 0,94]	1,09 [1,06 – 1,18]	1,07 [0,99 – 1,16]	0,77 [0,68 – 0,85]	0,80 [0,68 – 0,91]	0,63 [0,51 – 0,75]

Note : Les familles ayant donné naissance prématurément (moins de 37 semaines de grossesse) présentent des indices d'intensité prénatale significativement moins élevés que les familles ayant donné naissance à un bébé à terme. En particulier, l'indice d'intensité de l'accompagnement privilégié pour les bébés nés prématurément (N = 26) est de 0,15, tandis qu'il est de 0,72 pour les bébés nés à terme ($p = 0,0001$). Par ailleurs, des analyses supplémentaires confirment que l'indice d'intensité de l'accompagnement privilégié pour ces bébés est de 1,06 durant la période d'intervention postnatale 0-6 semaines, ce qui n'est pas statistiquement différent de l'indice équivalent pour les bébés nés à terme ($p = 0,53$).

En ce qui a trait à l'intensité de l'intervention en durant la **période postnatale 0-6 semaines**:

- a. L'intensité des **visites à domicile** (indice = 0,78) est significativement plus élevée ($p = 0,000$) que l'intensité de ce type de contact documentée durant les 6 dernières semaines de la grossesse (indice = 0,55).
- b. L'intensité des **visites à domicile ou au CSSS** (indice = 0,84) représente plus de 75 % de l'intensité d'accompagnement privilégié (indice = 1,09). De plus, cet indice est significativement plus élevé ($p = 0,000$) que l'intensité de ce type de contact durant les 6 dernières semaines de la grossesse (indice = 0,68).
- c. L'intensité de l'**accompagnement privilégié** (indice = 1,09) est légèrement plus élevée que ce qui est visé par le programme (indice = 1). Cette intensité est également significativement plus élevée ($p = 0,000$) que celle documentée durant les 6 dernières semaines de grossesse (indice = 0,86).

En ce qui a trait à l'intensité de l'intervention durant **les périodes d'intervention postnatales documentées durant les deux premières années de vie du bébé**:

- L'intensité des **visites à domicile** représente plus de la moitié de l'intensité postnatale (53% à 60% selon la période postnatale). Lorsque les indices sont comparés d'une période à l'autre, il y a diminution significative ($p = 0,000$) suivant les 6 premières semaines de vie du bébé (indice = 0,64), puis encore durant la période 7-12 mois (indice = 0,44). Par la suite, il y a stabilité d'intensité des visites à domicile auprès des familles qui demeurent accompagnées durant la deuxième année de vie du bébé (indices = 0,42 et 0,37 respectivement).
- L'intensité des **visites à domicile et au CSSS** représente toujours plus de 75% de l'intensité d'accompagnement privilégié, quelle que soit la période d'intervention postnatale. Suivant les 6 premières semaines de vie du bébé, l'intensité demeure équivalente durant la période s'échelonnant jusqu'à 6 mois (indice = 0,85). Puis, il y a relative stabilité d'intensité des visites à domicile et de rencontres aux CSSS auprès des familles qui demeurent accompagnées durant les trois périodes d'intervention postnatales subséquentes (indices = 0,60, 0,59 et 0,50).
- L'intensité de l'**accompagnement privilégié** est légèrement plus élevée que ce qui est visé par le programme durant la période s'échelonnant jusqu'à 6 mois de vie du bébé (indice = 1,07). Par la suite, il y a diminution significative de cette mesure globale d'intensité individualisé à 7-12mois (indice = 0,77), laquelle équivaut à près de 80% de l'intensité envisagée, et qui demeure relativement stable durant la deuxième année de vie du bébé. L'indice de 0,63 durant la période 19-24 mois n'est pas significativement différente de l'indice précédent de 0,80, considérant les intervalles de confiance.

Les indices relatifs aux interventions significatives au téléphone figurent à titre indicatif pour rendre compte d'une partie de l'intervention d'accompagnement individualisée documentée par les intervenantes privilégiées. Selon les informations qui ont pu être extraites des dossiers cliniques, l'intensité de ce type de contact représente au moins un cinquième (15% à 23%) de l'intensité d'accompagnement privilégié, selon les périodes d'intervention. Des analyses à mesures répétées indiquent que l'intensité de ce type de contact est significativement plus élevée ($p = 0,0001$) dans les 6 dernières semaines de grossesse (indice = 0,15) comparativement à la période précédente (indice = 0,07). De plus, l'intensité des interventions significatives au téléphone durant les 6 premières semaines de vie du bébé (indice = 0,21) est significativement plus élevée ($p \leq 0,005$) que durant les 6 dernières semaines de grossesse. Par la suite, une certaine stabilité de l'intensité des interventions significatives au téléphone est notée durant les deux premières années de vie du bébé.

Enfin, lorsque la variation temporelle des indices d'intensité est considérée, il s'avère que le passage du temps, en soit, explique une proportion significative des variations observées à travers les deux périodes d'intervention prénatale et les 6 premières semaines de vie du bébé. En particulier, 31,5 % de la variance observée en ce qui a trait à l'intensité de l'accompagnement privilégié, soit l'ensemble des contacts individuels documentés, est fonction du temps. Ce pourcentage de variance correspond à une grande taille d'effet (r de Cohen $> 0,5$) et souligne l'effet non négligeable du temps sur les fluctuations de l'intensité d'intervention.

3.5.2 Contribution de l'intervention de groupe à l'intensité de l'intervention d'accompagnement privilégié

À titre de rappel, il a été possible de procéder à une analyse de l'intensité de l'intervention PSJP qui tient compte des contacts via intervention de groupe pour les familles accompagnées par des équipes de 6 CSSS (données fiables et complètes), soit près de 50% des familles pour lesquelles les indices d'intensité ont été produits.

Le Tableau 10 indique que l'indice d'intensité comportant les contacts «individuels + groupe» serait systématiquement plus élevé que celui ne comportant que les données relatives aux contacts individualisés, en personne ou au téléphone, durant toute la période d'observation documentée.

Enfin, un indice d'intensité de près de 1, voire plus élevé durant les six premiers mois de vie de l'enfant, est atteint lorsque les contacts via intervention de groupe sont considérés, que ce soit pour la période prénatale dans son ensemble, ou la période postnatale jusqu'à environ 18 mois de vie de l'enfant.

Tableau 10. Contribution de l'intervention de groupe à l'intensité d'accompagnement privilégié (contacts individuels seulement), selon la période d'intervention (6 CSSS)

Période d'intervention (N familles)	Indice d'intensité [IC]		
	Contacts individuels seulement	Contacts individuels + contacts groupe	Valeur <i>p</i>
Prénatale complète (N = 174)	0,74 [0,65 – 0,82]	0,95 [0,84 – 1,05]	<i>p</i> = 0,000
6 semaines – 6 mois (N = 184)	1,28 [1,16 – 1,41]	1,50 [1,34 – 1,65]	<i>p</i> = 0,000
7 – 12 mois (N = 171)	0,86 [0,72 – 1,00]	1,02 [0,86 – 1,18]	<i>p</i> = 0,000
13 – 18 mois (N = 120)	0,83 [0,66 – 1,00]	0,95 [0,74 – 1,16]	<i>p</i> = 0,000
19 – 24 mois (N = 67)	0,76 [0,55 – 0,97]	0,84 [0,60 – 1,07]	<i>p</i> = 0,001

ANNEXE D

PORTRAIT DES MÈRES ET DES PÈRES PARTICIPANT AU PSJP

1. Questions d'évaluation

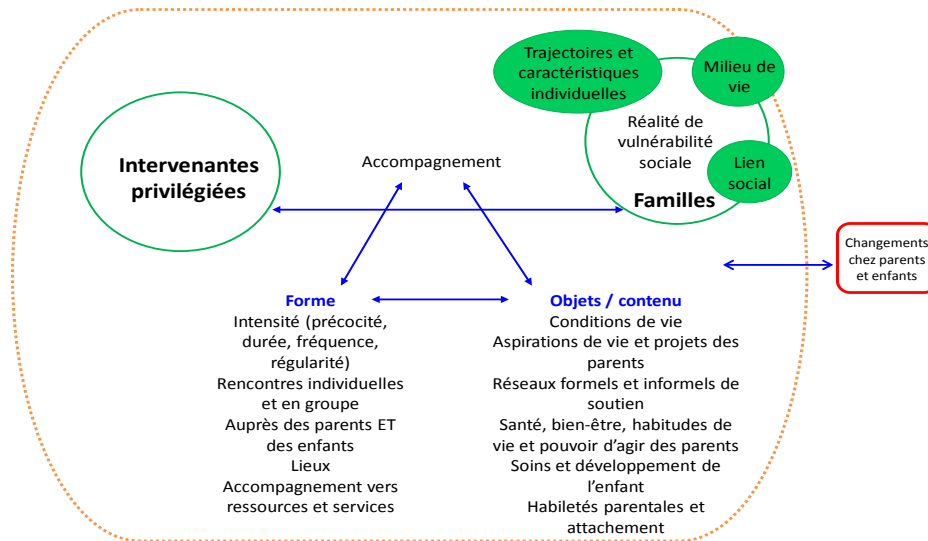
Cette section présente un portrait des mères et des pères participant au PSJP. Il s'agit de répondre à deux questions :

- 1) Quel est le portrait des familles, à l'entrée du programme ?
- 2) Quelles sont les réalités de vulnérabilité sociale des familles?

Ces questions s'inscrivent dans le premier sous-système modélisé du PSJP (cf. Figure 2). Il est attendu que les réalités de vulnérabilité sociale des familles se conjuguent de manière différenciée à l'intervention déployée et ont donc une incidence non-négligeable sur l'actualisation de l'accompagnement privilégié auprès d'elles. En retour, il est postulé que ces combinaisons de processus différenciés selon la réalité des familles exerceront un effet modérateur sur les changements visés par le programme. Par exemple, il est généralement admis que ce sont les jeunes parents les plus vulnérables qui semblent tirer davantage profit de telles interventions. Ainsi, pour comprendre plus finement l'actualisation du PSJP, il importe de préciser *qui* est au cœur de l'intervention. Enfin, ce portrait des familles doit servir de base à partir de laquelle interpréter les changements observés ou non.

La Figure 7, reprise d'une représentation précédente, précise une partie additionnelle de la modélisation de la théorie du programme. Les dimensions essentielles de la réalité de vulnérabilité sociale des familles sont indiquées, soit: les trajectoires et caractéristiques des individus, leur milieu de vie, et la nature du lien sociale en présence.

Figure 7. Modélisation de la théorie du programme: dimensions de la réalité de vulnérabilité sociale des familles



2. Méthode – Cohorte des jeunes femmes, des pères/partenaires et de leurs enfants

2.1 Devis

Une cohorte comportant un suivi longitudinal de familles (jeunes/parents et leurs enfants) a été instaurée. Celle-ci comporte quatre temps de mesure: 1) près du moment de l'inscription au programme¹³; 2) les dernières semaines précédant l'accouchement¹⁴; 3) à 5 mois de vie du bébé; et 4) à 17 mois de vie de l'enfant. La collecte de données effectuée directement auprès des familles s'échelonne sur une durée moyenne de 20 mois, en complémentarité à la collecte de données portant sur l'intervention (méthode 1) s'échelonnant sur une durée moyenne de 29 mois.

2.2 Échantillon

La période de recrutement a débuté en septembre 2006 et a pris fin en avril 2009. Selon les sites, cette période a durée entre 11 et 31 mois; et s'est étendue sur plus de 24 mois dans neuf des 19 sites.

Le recrutement des familles a procédé selon une entente établie avec chacune des 19 équipes des CSSS. Il était demandé aux intervenantes d'identifier les jeunes femmes correspondant aux critères de sélection suivants: est nouvellement inscrite au PSJP; est enceinte; aura moins de

¹³ En moyenne, le premier temps de mesure a été complété pendant la 26^e semaine de grossesse.

¹⁴ En moyenne, le deuxième temps de mesure a été complété pendant la 36^e semaine de grossesse.

20 ans à la naissance du bébé; et démontre une bonne compréhension du français. Toute personne correspondant à ces critères devait être informée de l'existence de la recherche évaluative. Les intervenantes n'avaient pas à expliquer la recherche, ni à recruter de participants. Elles étaient priées de remettre un dépliant explicatif aux jeunes femmes (Annexe H.8) et d'obtenir une autorisation écrite de leur part afin de transmettre leurs coordonnées à une agente de recherche. C'est cette dernière qui contactait alors les jeunes femmes pour leur expliquer la recherche et solliciter leur participation.

L'entente établie au regard de ce processus de recrutement a été ajustée selon les réalités des milieux et à travers le temps, au gré des fluctuations de personnel dans les équipes. À certains moments, des équipes ont désigné une seule intervenante, soit celle qui agissait comme premier contact ou porte d'entrée au programme, pour remettre le dépliant aux jeunes femmes et obtenir les autorisations écrites de transmission de coordonnées. D'autres équipes ont opté pour une responsabilité partagée par l'ensemble des intervenantes: toutes devaient aviser leur clientèle de l'existence de cette évaluation, dès le premier contact avec une jeune femme. Quelques équipes ont tenu un registre et effectuaient un suivi régulier afin de s'assurer que la recherche soit mentionnée auprès de toutes les jeunes femmes nouvellement inscrites. Enfin, certaines équipes préféraient laisser le choix aux intervenantes quant au moment d'évoquer la recherche afin de ne pas nuire à l'établissement du lien de confiance. Lorsqu'une intervenante jugeait qu'une jeune femme avait trop de préoccupations ou était trop vulnérable pour participer à une recherche, elle ne lui en faisait pas mention. Il est donc possible qu'un certain biais de sélection ait été en opération. Cependant, son ampleur demeure inconnue.

Dès l'obtention d'une autorisation écrite, une agente de recherche contactait la jeune femme par téléphone afin de se présenter, lui expliquer le projet et solliciter sa participation¹⁵. Si elle acceptait de participer, un rendez-vous était fixé, généralement à son domicile, puis reconfirmé 24 heures à l'avance. Au total, 541 jeunes femmes ont fourni une autorisation écrite permettant d'être contactées par une agente de recherche. De celles-ci, 43 ne correspondaient pas aux critères de sélection, 38 n'ont pu être rejointes par l'agente de recherche et seulement neuf (9) ont refusé de participer (incluant le refus de l'autorité parentale pour deux mineures). Au final, 451 jeunes femmes ont accepté de participer à l'évaluation.

Le père de l'enfant à naître, ou le partenaire¹⁶ de la jeune femme, a été recruté de deux façons, soit: 1) la jeune femme indiquait à quel moment l'agente de recherche pouvait directement contacter le père ou le partenaire, par téléphone; ou 2) l'agente de recherche fixait son premier rendez-vous avec la mère à un moment opportun qui lui permettait de solliciter ce dernier. À

¹⁵ Un maximum de quatre tentatives fut déployé pour rejoindre la personne, au téléphone.

¹⁶ Est considéré partenaire toute personne qui entretient une relation de couple avec la mère depuis au moins 6 mois. Dans cette recherche évaluative, tous les partenaires étaient des hommes.

terme, 322 pères ou partenaires ont accepté de participer à cette évaluation de programme: 277 de ces hommes ont été recrutés durant la grossesse de la jeune femme; tandis que 45 ont initié leur participation à des temps de mesure subséquents. Le Tableau 11 présente la répartition des personnes ayant donné leur consentement pour participer à cette étude de cohorte: 773 personnes ont accepté de participer à cette partie de la recherche évaluative.

Tableau 11. Cohorte de l'*Évaluation du PSJP*: personnes ayant donné leur consentement pour participer, selon le genre et l'âge

	<18 ans	≥ 18 ans	TOTAL
Jeunes femmes	129 (28,6 %)	322 (71,4 %)	451
Pères ou partenaires	10 (3,1 %)	312 (96,9 %)	322

Des 451 jeunes femmes enceintes, 65,9% ont participé avec le père biologique de l'enfant à naître (N = 297). Par ailleurs, à l'amorce de la cohorte, 28,6% des jeunes femmes et 3,1% de leurs partenaires étaient âgés de moins de 18 ans. Seuls sept couples étaient composés de deux parents d'âge mineur. Lorsque le nombre de familles¹⁷ recrutées est considéré annuellement, 23 ont été recrutées en 2006, 139 en 2007, 227 en 2008 et 62 en 2009.

Diverses stratégies ont été privilégiées pour favoriser la rétention des personnes dans cette cohorte (Robinson, Dennison, Wayman, Pronovost, & Needham, 2007). Chaque parent a reçu une compensation monétaire, à chacun des temps de mesure, soit: 20 \$ pour les trois premiers temps de mesure, puis 35 \$ pour le quatrième, compte tenue de la durée de cette collecte de données. Dans la mesure du possible, chaque famille a rencontré la même agente de recherche lors des moments de collecte de données. Ces agentes ont maintenu un contact téléphonique, sur une base trimestrielle, auprès de chacune des familles qu'elles avaient recrutées ou qui leur étaient assignées. Des cartes de souhaits ont été transmises, par la poste, à la naissance du bébé et lors de son premier anniversaire. Des livres ont été offerts aux enfants lors du troisième temps de mesure (à 5 mois de vie de l'enfant) et à son premier anniversaire.

Le Tableau 12 présente le nombre de familles ayant participé à chacun des temps de mesure prévus pour cette cohorte. La collecte de données a pris fin en septembre 2010, soit au terme de quatre années. Globalement, 64,5% des familles recrutées au premier temps de mesure ont

¹⁷ La définition de ce que constitue une famille participant à l'évaluation varie. En période prénatale, il s'agit soit d'une jeune femme enceinte ou d'une jeune femme enceinte et le père biologique du bébé à naître ou son partenaire. En période postnatale, il s'agit soit d'une jeune femme et son bébé, d'un père et son bébé, ou d'un couple (mère, père ou partenaire) et le bébé.

participé à un entretien à 17 mois de vie de leur bébé. Lorsque les quatre temps sont considérés, 58% des familles ont complété toutes les mesures projetées.

Tableau 12. Cohorte de l'Évaluation du PSJP: participation des familles, selon les temps de mesure

Temps de mesure	Nombre de familles
Près du moment de l'inscription au programme	451
Dernières semaines précédant l'accouchement	418
5 mois de vie du bébé	368
17 mois de vie du bébé	291

L'attrition des familles se distingue selon quatre catégories. Des parents ont signifié, par écrit ou verbalement, leur désistement de la recherche (34 familles)¹⁸; ils ont déménagé hors d'un territoire où ils ne pouvaient être rejoints pour la collecte de données (16 familles); ou ils n'ont pas laissé de traces permettant de les rejoindre, que ce soit par l'équipe SIPPE ou par l'agente de recherche (60 familles). Enfin, 50 autres familles n'ont pu compléter le dernier temps de mesure, soit parce qu'il n'a pas été possible de les rejoindre dans les délais prévus pour la passation du questionnaire, ou parce que le bébé n'avait pas atteint l'âge de 17 mois le 30 septembre 2010, date à laquelle a pris fin cette collecte de données. Afin de compléter ce portrait, le Tableau 13 présente le nombre de personnes auprès desquelles une collecte de données a été complétée, par temps de mesure.

Tableau 13. Cohorte de l'Évaluation du PSJP: nombre de personnes ayant participé, selon les temps de mesure

Temps de mesure	Jeunes mères	Pères ou partenaires	Bébés
Près du moment de l'inscription au programme	451	270	0
Dernières semaines précédant l'accouchement	418	251	0
5 mois de vie du bébé	368	227	361
17 mois de vie du bébé	291	188	291
Total (N = 1141)	451	322	368

¹⁸ De celles-ci, 11 familles ont interrompu leur participation suite à une fausse couche, une interruption volontaire de grossesse ou un placement de l'enfant.

Des données ont été recueillies auprès de 1141 personnes à travers les quatre temps de mesure. Il est à noter que les registres de l'évaluation ont consigné les naissances de 436 bébés. Toutefois, des données n'ont pu être obtenues que pour 368 bébés vue l'attrition des familles aux deux derniers temps de mesure.

2.3 Gestion des participants

En cas de besoin, une procédure de référence approuvée par des intervenantes PSJP fut suivie si les agentes de recherche observaient des signes de situations problématiques en cours de collecte de données. Quatre situations ont été traitées, soit: des menaces à la sécurité ou au développement de l'enfant; des retards possibles dans le développement de l'enfant, suite à l'utilisation de la *Grille d'évaluation du développement des enfants* (GED); des problèmes de dépression ou des idées suicidaires chez les participants; ou des situations de violence conjugale. Les agentes de recherche devaient diriger les personnes concernées vers les services requis, incluant leur intervenante privilégiée ou l'équipe PSJP. Les situations ont également été signalées à la coordonnatrice de l'équipe de recherche qui effectuait un suivi auprès des intervenantes au CSSS, notamment au sujet de la signification des scores du GED¹⁹. Enfin, un comité de trois chercheurs de l'équipe a évalué périodiquement le traitement de ces situations.

Cette procédure de référence a été réalisée auprès de 37 familles, dont 35 relativement à des scores de GED qui suggéraient un possible retard de développement chez l'enfant. Dans ces cas, les parents ont été informés de la signification de ces scores par l'agente de recherche et un suivi était assuré au CSSS. Par ailleurs, deux jeunes femmes présentant des signes de dépression ont été identifiées par les agentes de recherche. Celles-ci étaient toutefois suivies par les intervenantes PSJP. Il n'y a aucun arrêt de participation à la cohorte qui soit relié à la procédure de référence.

2.4 Collecte de données

La collecte de données a procédé par questionnaires sous forme d'entrevues structurées. La première rencontre débutait par l'obtention d'un consentement éclairé, par écrit. Lors des rencontres subséquentes, un moment était réservé pour assurer que le consentement demeurait éclairé. Lorsque la jeune femme et le père de l'enfant (ou le partenaire) participaient à cette collecte de données, les entrevues furent effectuées séparément. Les entrevues variaient de une à trois heures. Les agentes de recherche devaient composer avec les interruptions que comportent des rencontres à domicile, tout en s'ajustant à la disponibilité du bébé pour réaliser

¹⁹ Lorsque le score du GED signalait qu'il y avait une possibilité de retard de développement, les parents étaient avisés d'en faire part à leurs intervenantes. Il s'agit d'un test de dépistage et non d'un test diagnostic. Ceci a fait l'objet de clarifications auprès des intervenantes et des gestionnaires des équipes PSJP/SIPPE au début et en cours de collecte de données.

les mesures du GED à 5 et 17 mois. L'Annexe H.9 présente les instruments utilisés. Chaque questionnaire a fait l'objet de pré-tests et fut accompagné d'un guide détaillé à l'intention des agentes de recherche.

Les mécanismes pour assurer la qualité de la collecte de données sont de l'ordre de la formation et de l'accompagnement des agentes de recherche par divers outils et rétroactions; la vérification systématique de questionnaires; ainsi que des entrevues de satisfaction auprès de jeunes parents.

Au moment de l'embauche, chaque agente de recherche a suivi une formation à laquelle s'est ajoutée deux séries de formations pour assurer l'administration du GED selon les normes établies. Des ententes conclues avec un organisme communautaire ont permis aux agentes de recherche d'exercer des entrevues auprès de jeunes femmes, puis d'administrer la GED auprès de leurs enfants, sous supervision. À ces formations initiales se sont ajoutées des séances d'observation ponctuelle, particulièrement au moment de la collecte de données au quatrième temps de mesure.

La vérification des questionnaires a procédé durant les quatre années de collecte de données. Les 10 à 15 premiers questionnaires d'une agente de recherche, puis les 5 à 10 premiers questionnaires lors de l'introduction d'un nouveau temps de mesure ont été vérifiés. Par la suite, un échantillon d'environ 20% des questionnaires a été examiné. Mensuellement, jusqu'à deux questionnaires par temps de mesure et par type de répondant (mère ou père/partenaire) ont été examinés pour chaque agente de recherche. Une attention particulière a été portée aux données manquantes, aux données incohérentes, au non respect des consignes et au calcul des scores des instruments rendant compte du développement des enfants.

De plus, un mécanisme comportant un bref retour auprès de participants de la cohorte a été instauré en 2007 et 2008. Quarante huit (48) familles, soit environ 10% des 451 familles participant à la cohorte ont été rejoints par téléphone afin de sonder leur satisfaction quant aux processus entourant leur participation à la recherche. De brèves questions (17) ont porté sur les processus de planification des rencontres et d'obtention d'un consentement éclairé, ainsi que sur le déroulement des rencontres et leur appréciation générale. Tout commentaire a également été noté. Pour chaque agente de recherche, les familles ont été sélectionnées au hasard. Règle générale, les processus semblent avoir été respectés par les agentes de recherche et les personnes interviewées ont apprécié ces rencontres.

Tant les processus de vérification des questionnaires que de retour auprès de participants de la cohorte ont été réalisés dans une perspective d'accompagnement et d'amélioration continue de la collecte de données. Des bilans trimestriels ainsi que des comptes-rendus mensuels de

constats issus de la vérification des questionnaires, de questions émergentes en cours de collecte de données et de suggestions d'ajustement ont été produits à l'intention des agentes de recherche. Une foire aux questions a permis d'échanger des informations, en continue, à certains moments. En retour, les guides d'instructions pour chaque questionnaire ont été rectifiés au besoin. Lorsque nécessaire, des suivis individualisés ont été effectués.

Enfin, un programme de formation continue offert deux fois par année, entre janvier 2007 et septembre 2010 a permis de réviser les processus et instruments de collecte de données, ainsi que les mécanismes d'obtention d'un consentement éclairé dans un contexte de faible littératie; de mettre en pratique des cas exemplaires et complexes; et de mettre en commun les expériences des agentes de recherche quant à leurs stratégies d'organisation du travail et de maintien des liens avec les familles et les milieux.

2.5 Gestion et analyse des données

La qualité de la saisie des données a fait l'objet d'une attention particulière. Afin de réduire le potentiel d'erreurs, les écrans de saisie des données comportaient un choix balisé de réponses possibles pour chaque entrée. À ces mesures se sont ajoutées des procédures de double saisie des données pour chaque technicien de recherche, à partir d'une sélection aléatoire de questionnaires: 20% des premiers 100 questionnaires; 15% pour les 100 suivants; et 10% pour chaque tranche de 100 questionnaires subséquents. Enfin, si plus de 20% des données étaient systématiquement manquantes pour un instrument de mesure, celui-ci a été jugé non valide et retiré des analyses²⁰. Les questionnaires comportant plus de 20% de données manquantes ou non congruentes ont été retournés au bureau de coordination de la recherche pour s'assurer que des correctifs soient mis en place.

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS. Il s'agit d'analyses descriptives transversales, par temps de mesure; d'analyses comparatives permettent de distinguer s'il y a des différences qui s'avèrent statistiquement significatives selon le genre (jeunes femmes vs les pères/partenaires) et selon trois regroupements de participants qui renvoient à différentes réalités de vulnérabilité sociale. L'opérationnalisation théorique et statistique du construit de vulnérabilité sociale comporte une analyse de clusterisation. Cette dernière fait l'objet de précisions dans la section présentant les résultats de ce rapport. Pour les besoins de ce rapport, seules les données des deux premiers temps de mesure prénatal ont été traitées afin de dresser le portrait des familles, à l'entrée du programme, ainsi que leurs réalités de vulnérabilité sociale.

²⁰ Un instrument de mesure faisant partie des questionnaires des pères/partenaires a ainsi été éliminé, soit celui portant sur l'utilisation des ressources. Seules les données recueillies auprès des jeunes femmes sont retenues.

3. Résultats

3.1 Quel est le portrait des familles, à l'entrée du programme ?

3.1.1 Données sociodémographiques, trajectoire et conditions de vie

À l'entrée dans le programme, l'**âge moyen** des jeunes femmes était de 18,4 ans (écart: 13 à 20 ans) et de 22,3 ans pour les pères des enfants à naître (écart: 15 à 43 ans). La différence d'âge est de 3,9 ans, en moyenne. La presque totalité des jeunes femmes (412/447; 92 %) et de leurs partenaires (237/267; 88 %) sont **nés au Québec ou au Canada** et s'identifient comme francophones.

La majorité (357/451; 79 %) des jeunes femmes était **en relation avec un partenaire** depuis plus de 6 mois. À l'exception de 7 jeunes femmes, ce partenaire était le père biologique de l'enfant. Parmi les autres, 70 % (66/94) étaient dans une relation amoureuse depuis moins de 6 mois. Ainsi, 28 jeunes femmes (6 %) n'avaient pas de partenaire. En fin de grossesse, la majorité des femmes rencontrées ont toujours le même partenaire (348/415; 84 %).

Les deux tiers (N = 297) des jeunes femmes ont rapporté l'**âge de leur mère** à la naissance de son premier enfant²¹. Ces dernières étaient âgées, en moyenne, de 22 ans (écart: 14 à 40 ans) et 45% étaient âgées de 20 ans ou moins lors de cette première naissance. Cette proportion est significativement plus élevée que la proportion annuelle de naissances vivantes chez les jeunes femmes de moins de 20 ans au Canada, laquelle se situait à 8,1% en 1981 (Santé Canada, 2000) et à moins de 5% en 2004, tant au Québec qu'au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

À l'entrée dans le PSJP, près du quart (104/451; 23 %) des jeunes femmes **fréquentait encore l'école ou avait terminé son 5^e secondaire**. Quant aux 324 pères pour lesquels l'information était disponible, 70 % (227/324) n'avaient pas terminé leur 5^e secondaire. Plus du tiers des jeunes femmes possédaient un **emploi** (156/446; 35 %), dont 58% (90/156) à temps plein. Parmi les partenaires, 67% (289/431) occupaient un emploi, dont la majorité (82 %; 140/283) à temps plein.

D'autre part, 24 % des jeunes femmes (107/446) ont indiqué que l'**aide financière de leurs parents ou conjoints** était leur principale source de revenu; tandis que 38 % des jeunes femmes (170/447) et 30% des partenaires (80/271) vivaient principalement **d'aide financière provenant de l'état**²² ($p \leq 0,000$). À titre comparatif, durant la période de recrutement des participants pour cette évaluation, la moyenne mobile des 12 derniers mois du taux d'assistance

²¹ Les questions traitées dans cette section ont été ajoutées une fois la collecte de données amorcée. Les données manquantes ne témoignent donc pas d'un refus de réponse.

²² Ceci inclut les prestations de la sécurité du revenu, les prestations aux mineurs enceintes et les allocations familiales.

sociale au Québec, de 2007-2008 à 2008-2009, était de 7,4% chez les 0-17 ans et de 7,3% chez les 18-64 ans (Crépeau & Remarais, 2009).

Près de trois jeunes femmes sur 10 (127/451; 28 %) et environ le quart des partenaires (61/270; 23 %) rapportent qu'ils n'ont jamais ou occasionnellement «un accès facile à un moyen de **transport** lorsqu'ils en ont besoin». En ce qui a trait à la **perception de leur quartier comme endroit pour élever des enfants**, tant les jeunes femmes (273/451) que leurs partenaires (164/270) l'ont qualifié d'«excellent à bon», selon une proportion de 61%. Leurs scores moyens sont toutefois équivalents à 2,3 – ce qui correspond à une appréciation allant de «mauvais à moyen». À titre comparatif, les données d'évaluation de l'initiative 1, 2, 3 Go!, de 1998 à 2002, rapportent des scores moyens témoignant d'une perception variant de «plutôt insatisfait» à «plutôt satisfait» au regard du voisinage comme lieu où élever des enfants (Théolis, & Brunson, 2010).

Le Tableau 14 présente des indices qualifiant la **perception de la sécurité, de l'entraide et de l'ampleur de problèmes dans le quartier** (Annexe H.9). Plus le score est élevé, plus le quartier est perçu favorablement comme endroit pour y élever ses enfants. Lorsque nous considérons les données parmi les couples (N = 264), il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les perceptions des jeunes femmes et leurs partenaires. Toutefois, lorsque les scores sont considérés pour l'ensemble des jeunes femmes et des partenaires, les premières perçoivent leur quartier comme étant plus sécuritaire et considèrent qu'il y a davantage d'entraide; d'où le score total de perception de qualité du quartier plus favorable pour les jeunes femmes ($p < 0,05$). Ceci pourrait être le reflet de l'organisation de vie des personnes participant à cette évaluation: 27% (121/451) des jeunes femmes vivent toujours chez leurs parents durant leur grossesse, tandis que les hommes ayant participé à l'évaluation vivent généralement avec la jeune femme, en appartement.

Tableau 14. Perception de la qualité du quartier, jeunes femmes et partenaires, premier temps de mesure

Mesures de perception (écart)	Jeunes femmes (N = 451)	Partenaires (N = 270)
	Indices moyens	
Sécurité (1 – 4)	3,1	1,8
Entraide (1 – 4)	2,8	2,3
Ampleur des problèmes (1 – 3)	2,5	2,5
Score total (1 – 11)	8,4	6,6

3.1.2 Traumatismes dans l'enfance

Les jeunes femmes et leurs partenaires ont répondu à un questionnaire permettant de rendre compte **d'histoire d'abus et de négligence durant leur enfance** (Annexe H.9). Cinq types de mauvais traitement sont dépistés. Les scores fournissent un indice de gravité pour chaque type de maltraitance. Plus le score est élevé, plus grave est la maltraitance. Un dernier score permet de détecter le déni, soit le potentiel de faux négatifs. Le Tableau 15 rend compte de scores témoignant d'expériences de traumatismes dans l'enfance tant chez les jeunes femmes que chez leurs partenaires; ces scores sont assortis de la classification fournie par Bernstein et Fink (1998)²³. La négligence émotionnelle est qualifiée d'«extrême», l'abus sexuel de «modéré», et l'abus physique de «minime», tant pour les jeunes femmes que leurs partenaires. Les résultats suggèrent, de plus, que les jeunes femmes ont vécu davantage d'abus émotionnel que leurs partenaires; tandis que les partenaires ont vécu davantage de négligence physique que les jeunes femmes. Enfin, les scores sur l'échelle de déni indiquent que l'effet de la minimisation de l'expérience vécue est négligeable pour ces mesures, ce qui permet de croire à la validité des informations recueillies.

Tableau 15. Score moyens, indices de traumatismes dans l'enfance, jeunes femmes et leurs partenaires

Mesures	Jeunes femmes (N = 447)		Partenaires (N = 270)	
	Score moyen	Signification du score	Score moyen	Signification du score
Score total	42,5	-	39,3	-
Abus émotionnel	9,4	Modéré	8,0	Minime
Abus physique	7,1	Minime	6,9	Minime
Abus sexuel	7,6	Modéré	5,8	Modéré
Négligence émotionnelle	19,3	Extrême	19,6	Extrême
Négligence physique	7,2	Minime	7,5	Modéré
Déni	0,6	Non	0,6	Non

Lorsque ces résultats sont comparés aux données ayant servi à la validation de l'instrument (Bernstein & Fink, 1998), les scores totaux de la cohorte PSJP sont plus élevés que ceux obtenus pour un échantillon d'étudiants de niveau collégial, de classe moyenne (score moyen 18,8); et pour un échantillon d'adolescents provenant de diverses classes sociales et hospitalisés dans un établissement privé psychiatrique (score moyen 14,9). Autrement, le score total pour les jeunes femmes est comparable à celui d'un échantillon de femmes recrutées d'une

²³ La classification de scores qui maximise les chances de détecter de la maltraitance a été retenue ici.

coopérative de santé (*Health maintenance organisation*) pour une étude portant sur l'impact de la victimisation sur leur santé (score moyen 41,8). Le score total des partenaires est comparable à celui obtenu pour un échantillon majoritairement composé d'hommes recrutés à partir de services de traitement en toxicomanie, en milieu urbain (score moyen 40,2). Par contre, plus près de nous, une étude effectuée auprès de 103 dyades de mères adolescentes (14-19 ans) recrutées dans une école spécialisée pour mères adolescentes rend compte d'un score total de moins de 10 parmi les jeunes femmes (Hassan, 2004).

Lorsque la proportion de personnes correspondant à des seuils de maltraitance qualifiés de «sévère à extrême» est considérée, d'autres nuances sont constatées. Règle générale, les rangs percentiles des scores de validation produits par Bernstein et Fink (1998) pour les échantillons de femmes recrutées de la coopérative de santé (N = 1225) et d'hommes provenant de services de traitement en toxicomanie (N = 320) indiquent que moins d'une personne sur 10 a des scores qualifiés de «sévère à extrême», ceci pour *chacune* des cinq mesures de mauvais traitement. En contrepartie, le Tableau 16 indique que plus de huit personnes sur 10 participant à l'évaluation du PSJP rapportent une expérience de négligence émotionnelle qualifiée de «sévère à extrême».

Tableau 16. Proportion de jeunes femmes et leurs partenaires qui rapportent une expérience de traumatisme dans l'enfance, selon le seuil de classification «sévère à extrême»

Expérience de traumatisme	Seuil de classification «sévère à extrême» n (%)	
	Jeunes femmes (N = 447)	Partenaires (N = 270)
Abus émotionnel	109 (24,4%)	31 (11,5%)
Abus physique	67 (15,0%)	36 (13,3%)
Abus sexuel	127 (28,4%)	28 (10,4%)
Négligence émotionnelle	359 (80,3%)	229 (84,8%)
Négligence physique	69 (15,4%)	50 (18,5%)

De plus, environ le quart des jeunes femmes rapportent des expériences d'abus émotionnel et sexuel correspondant à ce seuil de classification; et 15% au regard de l'abus et de la négligence physique. Pour les partenaires, près d'un sur cinq aurait vécu de la négligence physique correspondant au seuil de «sévère à extrême» durant son enfance; tandis que 10 à 13% ont vécu de l'abus émotionnel, physique et sexuel correspondant à ce seuil. À noter qu'il s'agit de proportions significativement plus élevées que celles rapportées par Paquette, Laporte, Bigras

et Zoccolillo (2004) avec un échantillon de convenance de 74 adolescentes francophones âgées de 14 à 19 ans lors de la validation de la version française de l'instrument de Bernstein et Fink.

Enfin, près de la moitié (152/314; 48 %) des jeunes femmes à qui la question fut posée ont indiqué avoir eu des **contacts avec des intervenants de la Protection de la jeunesse durant leur enfance ou leur adolescence**. Ce sont 28 % (76/270) de leurs partenaires qui rapportent cette expérience.

3.1.3 Le réseau des jeunes parents

Le réseau des jeunes parents a été exploré à l'aide d'un instrument cartographique permettant de dresser **un portrait de l'espace social de relations**, en y distinguant la catégorie de personnes et la qualité de la relation (Annexe H.9). Comme il y a très peu de relations identifiées comme étant conflictuelles, le Tableau 17 présente le nombre moyen relations, sans distinction de leur qualité, pour chaque catégorie de personnes, pour les jeunes femmes et leurs partenaires, le cas échéant. Cette information fut recueillie vers la fin de la grossesse.

Dans l'ensemble, il y a peu de différences entre les jeunes femmes et leurs partenaires quant au nombre total de personnes figurant dans leur réseau social respectif. La famille immédiate est présente en plus grand nombre (moyenne = 6 pour les jeunes femmes et les partenaires). Les intervenants représentent un petit nombre de relations, particulièrement pour les partenaires des jeunes femmes. À titre comparatif, l'étude de Hassan (2004) effectuée auprès de 103 dyades de mères adolescentes rend compte d'un nombre moyen de 19 personnes jouant un rôle de soutien auprès des adolescentes durant la période prénatale.

Tableau 17. Nombre moyen de relations, par catégorie de personnes de l'entourage, pour les jeunes femmes et leurs partenaires, en fin de grossesse

Catégorie de personnes figurant dans le réseau social	Jeunes femmes (N = 403)	Partenaires (N = 242)
	Nombre moyen de relations (écart)	
Famille immédiate	6,0 (1-21)	5,9 (0-18)
Famille élargie	3,7 (0-20)	3,1 (0-23)
Amis	3,9 (0-23)	4,3 (0-22)
Intervenants	1,6 (0-5)	0,5 (0-5)
Total	15,9 (1-42)	13,7 (2-57)

Le degré de **satisfaction quant au soutien reçu de la part de son entourage et de son/sa partenaire** a été évalué vers la fin de la grossesse, tant pour les jeunes femmes que leurs partenaires à l'aide d'un instrument spécifique à la période périnatale (Annexe H.9). Il s'agit d'une mesure qui rend compte d'une appréciation subjective du soutien reçu, tout en permettant de distinguer ces sources de soutien (Brown, 1986a, 1986b, 1986c). Les scores moyens peuvent varier de 1 à 6; plus le score est élevé, plus la satisfaction du soutien reçu, d'un point de vue subjectif, est élevée. Le Tableau 18 indique, qu'en général, les jeunes femmes sont «satisfaites» au regard du soutien, du réconfort ou de l'aide qu'elles reçoivent de leur entourage et de leur conjoint, sans distinction notable.

Tableau 18. Score moyen de satisfaction du soutien reçu

Satisfaction du soutien reçu de la part	Jeunes femmes (N = 414)	Partenaires (N = 245)
	Score ICS moyen (signification qualitative)	
... de l'entourage	5,3 (satisfaite)	5,1 (satisfait)
... du / de la partenaire	5,2 (satisfaite)	4,5 (plutôt satisfait)

Ces scores ont tendance à être plus élevés que ceux obtenus de mères plus âgées vivant des grossesses normales ou à risque élevé ou qui vivent la perte d'un fœtus ou le décès de leur bébé (Goulet, Gévry, Gauthier, Lepage, Fraser, & Aita, 2001; Goulet, Polomeno, Laizner, Marcil, & Lang, 2003; Lang, 2002; Polomeno, 2000). Ces études rendent également compte d'un niveau de satisfaction plus élevé des femmes à l'endroit de leur conjoint que de leur entourage – ce qui ne semble pas être le cas ici. Nos données d'entretien suggèrent, à cet effet, que les mères ou belles-mères des jeunes femmes jouent un rôle important auprès d'elles. Enfin, bien qu'il y ait peu de données comparables, il importe de noter que les partenaires, quant à eux, seraient «satisfaits» du soutien reçu de la part de leur entourage; et «plutôt satisfaits» lorsqu'il est question de leurs conjointes.

L'**utilisation de ressources**, en dehors des services offerts par le CSSS, a également été explorée en fin de grossesse auprès des jeunes femmes afin de qualifier le réseau de **soutien formel** des jeunes parents, notamment en termes de soutien **instrumental**. Plus de la moitié, soit 56% (234/415) des jeunes femmes ont indiqué qu'elles ou leur partenaire ont eu recours à des ressources de leur quartier, au moins une fois durant leur grossesse pour les besoins suivants: des couches, vêtements, meubles, accessoires ou jouets pour le bébé à naître; ou de la nourriture, des vêtements ou des meubles pour les parents. Ce pourcentage est en deçà de celui de 73% des familles qui ont été référées à des ressources du milieu au moins une fois

durant la période prénatale (données extraites des dossiers cliniques des familles). Par ailleurs, 65% (151/234) des familles qui ont eu recours à ces ressources ne l'ont fait qu'une seule fois.

3.1.4 Grossesse, santé physique et habitudes de consommation

La majorité des jeunes femmes (312/451; 69 %) en étaient à leur **première grossesse**; tandis que 21 % en étaient à leur deuxième grossesse (96/451) et 6 % à leur troisième grossesse ou plus (29/451). L'âge moyen à la première grossesse est de 16,2 ans, variant de 13 à 19 ans.

Les jeunes femmes rapportent avoir obtenu leur **première visite de suivi de grossesse chez un médecin** durant la 12^e semaine de leur grossesse, en moyenne. Celle-ci est plus élevée que ce que rapporte l'*Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité* (Agence de la santé publique du Canada, 2009) pour les femmes âgées de 15 à 19 ans (ECEM)²⁴. Cette dernière indique une moyenne de 9 semaines de grossesse lors de la première visite chez un médecin. Autre comparaison, 73% des participantes ont effectué cette première visite avant la 14^e semaine de grossesse, comparativement à 85% dans l'ECEM. Bien que ces données suggèrent une amorce plus tardive des suivis prénataux médicaux parmi les participantes de cette évaluation, notons que 89% avaient déjà effectué cette première visite médicale à 16 semaines ou moins, comparativement à 78% des femmes enceintes de milieux défavorisés ayant participé à l'*Étude des effets de la phase prénatale du programme NÉ-GS* (Boyer, Brodeur, et al., 2001) (*NÉ-GS effets prénatal*). À terme, seulement 9 jeunes femmes ont vu un médecin pour la première fois à 25 semaines de grossesse ou plus (2 %).

Par ailleurs, 68 % (280/415) des jeunes femmes indiquent avoir assisté à des **cours prénataux**, en partie ou en totalité. Ce taux est près de 50% parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 19 ans de l'ECEM; tandis que moins de 25% des participantes à l'étude *NÉ-GS effets prénatal* ont mentionné les cours prénataux comme sources de soutien.

Diverses informations ont été recueillies auprès des répondantes afin de se doter d'indicateurs relatifs à leur **santé physique et habitudes de vie**, que ce soit en début de grossesse, pour établir un portrait pré gravidique, ou plus tard durant la grossesse. Dans ce qui suit, ces données sont présentées séparément, par période.

Santé physique et habitudes de vie en début de grossesse

- Les jeunes femmes ont rapporté leur poids et grandeur, ce qui a permis de produire un estimé de l'**indice de masse corporelle** (IMC) en début de grossesse (N = 391). L'IMC moyen est de 22,5, ce qui est comparable à celui de l'ECEM (22,6) et correspond à une valeur présentant un faible risque pour la santé. Considéré autrement, 59% avaient un IMC

²⁴ À moins d'avis contraire, les données rapportées de l'ECEM, dans ce qui suit, se rapportent aux femmes de 15 à 19 ans.

santé (valeur entre 18,5 et 24,9); 17% présentaient une insuffisance de poids (IMC < 18,5); et 24% un surplus (IMC \geq 25). Ces taux sont moins favorables que ceux de l'ECEM, lesquels sont, respectivement, de 67%, 12% et 21%. Par contre, ils apparaissent un peu plus favorables que ceux rapportés par l'étude NÉ-GS *effets prénatal* (53%, 20% et 27%).

- Plus de la moitié, soit 52% (215/415) ont rapporté des conditions témoignant de **problèmes de santé** physique ou mentale, lesquels ont généralement marqué leur situation durant la grossesse. De celles-ci, plus des deux tiers (69%; 148/215) indiquaient un seul problème. En particulier, 0,7 % (3/415) avaient déjà reçu un diagnostic de diabète; environ 2% prenaient une médication pour un problème d'hypertension (10/412) et 10% (40/415) ont rapporté des troubles émotifs ou psychologiques²⁵. À titre comparatif, bien que les sources de données soient différentes, près de 45% des participantes de l'étude NÉ-GS *effets prénatal* avaient un problème de santé documenté dans leur dossier médical durant la grossesse.
- En ce qui a trait à la **perception de leur état de santé**, 86 % des jeunes femmes ont qualifié leur santé de bonne à excellente (386/449). Leurs partenaires ont qualifié leur santé de bonne à excellente selon une proportion de 88% (214/243). À titre indicatif, l'*Enquête québécoise sur la santé de la population*, 2008 (Camirand et al., 2010) rapporte un taux de près de 95% chez les 15-24 ans.
- La **consommation tabagique** est répandue: 64 % des jeunes femmes fumaient la cigarette au moment où elles ont appris qu'elles étaient enceintes (288/451); et 95 % de celles-ci, fumaient quotidiennement (275/288). Elles consommaient près de 17 cigarettes par jour, en moyenne (écart: 1 à 65 cigarettes). L'ECEM révèle que 55% des jeunes femmes enceintes avaient fumé durant les trois mois précédant la grossesse, dont la majorité à tous les jours; tandis que 68% des femmes enceintes ayant participé à l'étude NÉ-GS *effets prénatal* et nées au Canada ont rapporté une habitude tabagique en début de grossesse.
- En termes de **fréquence de consommation d'alcool**, 20 % des jeunes femmes consommaient de l'alcool une fois par semaine ou plus lorsqu'elles ont appris qu'elles étaient enceintes (90/451). L'ECEM rend compte de données comparables, avec une prévalence de 18% durant les trois mois précédant la grossesse.
- Près du tiers des jeunes femmes (32%; 145/451) rapportent une **consommation de drogues** en début de grossesse. Ce taux est plus élevé que celui de l'ECEM, avec 25% de jeunes femmes rapportant une consommation de drogues dans les trois mois précédant la

²⁵ D'autres problèmes de santé, ainsi que la consommation de médicaments, ont fait l'objet de la collecte de données. Toutefois, les catégories proposées ont produit des réponses auto-rapportées comportant des interprétations diverses. Ne sont retenues que les informations auto-rapportées jugées fiables.

grossesse. Lorsque l'on ne considère que la consommation de marijuana plus d'une fois par semaine ou la consommation de drogues dures (incluant colle, cocaïne, drogues hallucinogènes, héroïne et amphétamines), celle-ci est rapportée par 24 % des jeunes femmes (109/451).

Santé physique et habitudes de vie durant la grossesse

- Relativement peu de jeunes femmes ont reçu un diagnostic concernant un **problème de santé** durant leur grossesse²⁶: 4,4% (18/411) ont été informées d'un diagnostic de diabète de grossesse; 4,1% (17/413) ont appris qu'elles avaient une pression artérielle élevée; et 7% (28/413) ont eu une infection sévère. Bien que les sources de données soient différentes, plus de participantes de l'étude NÉ-GS *effets prénatal* auraient eu un diabète, une intolérance au glucose ou diverses infections; tandis qu'une proportion similaire a eu des problèmes reliés à l'hypertension.
- 17 % (70/410) des jeunes femmes ont été **hospitalisées**. Il s'agit d'un taux comparable à celui de l'étude NÉ-GS *effets prénatal*. Règle générale, il s'agit d'une seule hospitalisation.
- En ce qui a trait aux **traumatismes physiques**, 35% (143/413) des jeunes femmes ont subi une chute, un coup ou un accident durant la grossesse; et près de 3 % ont rapporté avoir été **victimes de violence** (11/413). Bien que des comparaisons doivent être effectuées avec prudence, *l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois* (Institut de la statistique du Québec, 2002) indique que 19,1% des filles de 16 ans ont subi une blessure qui a entraîné un traitement par un médecin ou une infirmière au cours des 12 derniers mois, en 1999. Les données de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, en 2009-2010, indiquent que 23% des filles canadiennes de 12 à 19 ans, vivant à domicile, ont subi une blessure limitant leurs activités physiques au cours des 12 derniers mois (Billette & Janz, 2011). Enfin, selon les données de l'ECHEM, ce serait environ le quart des participantes enceintes du Québec ayant subi des actes de violence physique au cours des deux années précédant l'enquête, tous âges confondus (N = 1256), qui ont rapporté avoir été victimes de violence physique durant leur grossesse.
- Comparativement à leur perception avant la grossesse, 33,6 % (137/408) des jeunes femmes ont rapporté une moins bonne **perception de leur état de santé** durant la grossesse; 39 % (159/408) une perception stable; et 27,5 % (112/408) une perception améliorée. Dans l'ensemble, 88% (363/411) ont qualifié leur santé de bonne à excellente durant leur grossesse. Ce pourcentage est de 92% parmi les participantes de l'étude NÉ-GS *effets prénatal*.

²⁶ Il s'agit de données auto-rapportées. Seuls les problèmes de santé qui leur ont été confirmés par un médecin sont indiqués ici.

- La **consommation tabagique** demeure pour 55 % (226/414) des jeunes femmes enceintes durant la grossesse, dont 87% (196/226) quotidiennement. La consommation quotidienne moyenne était de 10 cigarettes par jour, ce qui suggère une diminution de consommation tabagique. À titre comparatif, 52% des participantes de l'étude NÉ-GS *effets prénatal* fumaient en fin de grossesse (Boyer & Laverdure, 2000); et l'ECEM révèle que près de 30% des jeunes femmes enceintes avaient fumé durant les trois derniers mois de la grossesse, dont la moitié quotidiennement. Par ailleurs, les données du *Rapport sur la santé périnatale au Canada* (2008) indiquent que 37% des femmes de moins de 20 ans ont fumé durant leur grossesse en 2005. Enfin, 10 % (41/412) des jeunes femmes participant à l'*Évaluation du PSJP* rapportent avoir cessé de fumer durant la grossesse. Dans l'étude NÉ-GS *effets prénatal*, ce pourcentage est de 29% pour les jeunes de 13 à 17 ans et 15% parmi les femmes âgées de 18-19 ans.
- À partir du moment où elles ont appris qu'elles étaient enceintes, 68 % (281/411) des jeunes femmes rapportent une **absence de consommation d'alcool** pendant la grossesse. Ce pourcentage est de 96% pour les jeunes de l'ECEM. Les données extraites des dossiers hospitaliers des participantes de l'étude NÉ-GS *effets prénatal* indiquent que ce sont plutôt 4,2% des femmes du groupe expérimental et 5,2% du groupe contrôle (N = 1036 femmes) qui auraient consommé de l'alcool durant la grossesse.
- La **consommation de drogues** pendant la grossesse a été rapportée par 17% (70/414) des jeunes femmes. Ce taux est plus élevé que celui de l'ECEM, avec 3,4% de jeunes femmes rapportant une consommation de drogues, à un moment ou l'autre, pendant la grossesse. Les données extraites des dossiers hospitaliers des participantes de l'étude NÉ-GS *effets prénatal* indiquent que 6,1 % des femmes du groupe expérimental et 7,4 % du groupe contrôle (N = 1034 femmes) auraient consommé de la drogue durant la grossesse. Lorsque nous ne considérons que la consommation de marijuana plus d'une fois par semaine ou la consommation de drogues dures, ce pourcentage est de 10% (41/414) pour les jeunes femmes participant à l'*Évaluation du PSJP*.
- Enfin, 57% (235/414) ont indiqué ne pratiquer aucune **activité physique**²⁷ dans les derniers mois de leur grossesse; tandis que 15% (63/414) rapportent de telles activités au moins trois fois par semaine. Bien que très peu de données comparatives soient disponibles, une recension des écrits publiée en 2006 indique que jusqu'à 60% des femmes enceintes sont inactives physiquement durant leur grossesse (Poudevigne, & O'Connor, 2006). Dans les faits, peu de femmes pratiquent le niveau recommandé d'activités physiques durant la

²⁷ Il s'agit d'une activité physique sportive d'une durée de 20 à 30 minutes faisant transpirer et augmenter le rythme cardiaque.

grossesse malgré les bienfaits connus, tant pour la mère que pour le fœtus (Melzer, Schutz, Boulvain, & Kayser, 2010).

3.1.5 Condition psychologique

La condition psychologique des jeunes femmes et leurs partenaires a été évaluée à l'aide de deux instruments. Dès la première rencontre, une mesure de manifestations du bien-être psychologique et de la détresse psychologique a été soumise aux répondants (Annexe H.9). À partir de l'expérience vécue au cours du dernier mois, les scores assignés à chaque item varient de 1 (jamais ressenti) à 5 (presque toujours ressenti). Plus les scores sont élevés, plus le bien-être ou la détresse psychologique sont élevés. Le Tableau 19 présente les scores moyens ainsi que le pourcentage de personnes correspondant à des niveaux élevés de bien-être ou de détresse psychologique. Les points de césure utilisés sont ceux retenus par Bordeleau, Dumitru, & Plante (2010) pour la mesure du bien-être psychologique et par Poulin, Lemoine, Poirier, & Lambert (2005) pour la mesure de détresse psychologique.

En ce qui a trait au **bien-être psychologique**, les scores moyens sont relativement élevés, tant pour les jeunes femmes que leurs partenaires. Par ailleurs, 1,6 % (7/451) des jeunes femmes et 1,5 % (4/270) de leurs partenaires rapportent un niveau élevé de bien-être psychologique. À titre comparatif, les données québécoises de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* en 2002, indiquent que 8,7% des 15-24 ans rapportent un niveau de bien-être psychologique élevé (Bordeleau, Dumitru, & Plante, 2010).

Tableau 19. Scores moyens et pourcentage des jeunes femmes et leurs partenaires rapportant des niveaux élevés de bien-être et de détresse psychologique

Mesures de la condition psychologique	Jeunes femmes (N = 451)		Partenaires (N = 270)	
	Score moyen	% niveau élevé	Score moyen	% niveau élevé
Bien-être psychologique	3,7	1,6%	3,9	1,5%
Détresse psychologique	2,3	62%	1,9	43%

Les scores moyens suggèrent qu'il y a davantage expérience de **détresse psychologique** ressentie parmi les jeunes femmes que leurs partenaires: 62 % (278/451) des jeunes femmes et 43 % (116/270) de leurs partenaires rapportent un niveau élevé de détresse psychologique. À titre comparatif, une étude de validation de cet instrument, effectuée dans le cadre d'une enquête portant sur les services de santé mentale à Montréal, rapporte que 44% des personnes âgées de 18 à 24 ans vivaient un niveau élevé de détresse psychologique (Poulin, Lemoine,

Poirier, & Lambert, 2005). D'autre part, bien que l'instrument utilisé soit différent, signalons que 31 % des québécois âgés de 15-24 ans ayant participé à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* en 2002 rapporte un niveau élevé de détresse psychologique (Bordeleau, Dumitru, & Plante, 2010).

3.1.6 Pouvoir d'agir

L'une des principales finalités du PSJP étant le renforcement du pouvoir d'agir des jeunes parents, trois mesures ont été sélectionnées pour rendre compte de cette dimension. Lors de la première rencontre, un outil a permis d'évaluer le degré d'**autonomie** des jeunes femmes et leurs partenaires (Annexe H.9). Le score global varie de 1 à 4. Plus le score est élevé, plus l'adolescent est autonome, responsable et indépendant; et plus il a confiance en lui-même. Le Tableau 20 indique des scores moyens similaires pour les jeunes femmes et leurs partenaires (2,9). Ces moyennes sont plus faibles que celles rapportées au terme d'une étude effectuée auprès d'adolescents québécois du secondaire (Deslandes & Cloutier, 2005).

Deux mesures ont également été soumises aux jeunes parents vers la fin de la grossesse. La première, qui porte sur l'opinion personnelle au regard de ses compétences, sa détermination et son identité, offre une mesure du **pouvoir d'agir intra personnel** (Annexe H.9). Le score varie de 0 à 64; un résultat élevé suggère un degré plus élevé de perception de pouvoir d'agir. Le Tableau 20 indique des scores similaires pour les jeunes femmes et leurs partenaires (46,6 vs 47,5). Ces scores se situent au 70^e percentile lorsqu'ils sont comparés avec les normes proposées par Bolton & Brookings (2000) pour une clientèle adulte vivant avec des limitations fonctionnelles. Des scores comparables sont rapportés dans une étude pilote auprès de mères adolescentes, à Montréal (Goulet, Francoeur, Frappier, & Asselin, 2007).

Tableau 20. Scores moyens, jeunes femmes et leurs partenaires, mesures du pouvoir d'agir

Mesures du pouvoir d'agir intra personnel	Jeunes femmes (N = 451)	Partenaires (N = 270)
	Scores moyens	
Autonomie de l'adolescent	2,9	2,9
Pouvoir d'agir intra personnel	46,6	47,5
Conscience critique personnelle ¹	23,2	24,0

¹. La cohérence interne pour cette mesure est de 0,50, ce qui suggère une fiabilité non-acceptable (DeVellis, 1991) et qu'il importe d'interpréter ce score avec prudence.

D'autre part, une mesure de la **conscience critique personnelle** permet de situer la perception des jeunes au regard de l'expérience d'être parent aujourd'hui (Annexe H.9). Le score varie de 10 à 40; un résultat élevé suggère qu'une personne estime que ses problèmes vécus en tant que parent sont, en partie, influencés par la façon dont la société est organisée. Encore une fois, le Tableau 20 permet de constater des scores similaires entre les jeunes femmes et leurs partenaires. Ces scores apparaissent moins élevés que ceux obtenus par l'équipe ayant développé cet instrument dans le cadre de l'évaluation de l'initiative 1, 2, 3 Go! (Le Bossé, Dufort, & Vandette, 2004).

3.1.7 Connaissance du développement des enfants

Une dernière mesure, utilisée vers la fin de la grossesse, a permis de procéder à un inventaire des connaissances et croyances des jeunes parents au sujet du développement et de comportements d'enfants et de stratégies parentales (Annexe H.9). Cette mesure permet, en outre, de refléter la confiance du parent en ses connaissances. Le Tableau 21 indique que les jeunes femmes et leurs partenaires ont des pourcentages similaires de bonnes réponses (66 % vs 62 %). Des études rapportées par MacPhee (2002) suggèrent que ces scores sont comparables à ceux d'étudiants de niveau collégial n'ayant pas d'enfants et à ceux de mères participant au programme *Head Start*; tandis qu'ils sont plus élevés que ceux obtenus auprès d'un échantillon de mères adolescentes. Plus près de nous, une étude effectuée par Pomerleau et al. (1998) auprès d'adolescentes enceintes rapporte un pourcentage plus faible de bonnes réponses; tandis qu'une étude de Moreau, Léveillé & Roy (1998), et une autre de Hassan (2004) effectuée auprès de 103 dyades de mères adolescentes (14-19 ans), rendent compte d'un pourcentage similaire de bonnes réponses. Les résultats de l'étude de Hassan suggèrent, de plus, que les participants du PSJP ont moins tendance à surestimer les compétences des bébés et jeunes enfants.

Tableau 21. Connaissances sur le développement de l'enfant, scores moyens jeunes femmes et leurs partenaires

Connaissances sur le développement de l'enfant	Jeunes femmes (N = 414)	Partenaires (N = 244)
	% moyen	
% de bonnes réponses	66 %	62 %
% de réponses incertaines	20 %	24 %
Sous-estimation	14 %	16 %
Surestimation	10 %	9 %

3.1.8 Commentaire

Tel qu'envisagé par le programme, il a été possible de rejoindre des personnes dont le parcours suit une trajectoire de vulnérabilité. Les participantes incluent des jeunes femmes inscrites dans une trajectoire intergénérationnelle de maternité précoce (Meade, Kershaw, & Ickovics, 2008). Leurs principales sources de revenu suggèrent qu'une majorité est dépendante financièrement durant la grossesse. Aussi, les niveaux de scolarité recensés renvoient à un éventail d'options professionnelles qui semblent relativement limités, à prime abord.

Par ailleurs, force est de constater qu'une part non négligeable de parents accompagnés par les intervenantes du PSJP ont une histoire de traumatismes dans l'enfance. Cette histoire serait associée, entre autres, à la grossesse précoce (Haynie, Petts, Maimon, & Piquero, 2009; Hillis, Anda, Dube, Felitti, Marchbanks, & Marks, 2004; Noll, Shenk, & Putnam, 2009; Romano, Zoccolillo, & Paquette, 2006) et aurait une incidence sur la relation avec leurs enfants à naître (Clément & Dufour, 2009). Cette relation serait potentiellement mise à l'épreuve, en outre, par le niveau élevé de détresse psychologique détecté chez plus de six mères sur 10, et plus de quatre pères sur 10, durant la grossesse. Il importe alors d'assurer que toutes les intervenantes, tant des domaines du social que de la santé, soient outillées pour composer avec les histoires de vie ou les défis que posent ces parcours pour la construction du lien de confiance dans la relation d'accompagnement.

Bien qu'il ne semble pas y avoir une occurrence importante de problèmes de santé durant la grossesse, il n'en demeure pas moins que le tiers des jeunes femmes rapportent une moins bonne perception de leur état de santé durant cette période²⁸. Les données suggèrent également une expérience non-négligeable de traumatismes physiques, lesquels pourraient être des indicateurs de violence subie. Aussi, presque une jeune femme sur deux aurait un IMC présentant un risque pour la santé (insuffisance ou surplus de poids) en début de grossesse. Pourtant, les données extraites des dossiers cliniques, ainsi que les entretiens effectués auprès de jeunes femmes, laissent croire que la santé physique de la mère n'est pas un objet d'intervention prioritaire, comparativement aux préoccupations plus immédiates liées aux conditions et aux habitudes de vie, ainsi qu'à la préparation de la venue du bébé. Il est toujours possible que la santé physique soit plutôt abordée par les médecins réalisant le suivi médical de grossesse. Néanmoins, la quasi-absence de liens de référence documentés entre les médecins des jeunes femmes et les intervenantes du PSJP suggère que l'intervention portant sur la santé physique de la mère comporte un potentiel d'incomplétude.

D'autre part, même si les habitudes de vie constituent des objets d'intervention parmi les plus documentés dans les dossiers cliniques des jeunes femmes enceintes, la consommation tabagique demeure élevée durant la grossesse. L'apparente diminution en termes de nombre de cigarettes consommées quotidiennement pourrait, en partie, être la conséquence de

²⁸ Il s'agit d'un indicateur considéré comme fiable et valide ; et qui est associé à d'autres indicateurs de santé tels les problèmes de santé physique, la capacité fonctionnelle, les habitudes de vie et comportements individuels touchant la santé (Levasseur, 2000 ; Shields & Shooshtari, 2001).

counselling. Toutefois, le changement demeure de faible ampleur. Les indices quant à la consommation d'alcool et de drogues durant la grossesse demeurent également préoccupants. Presqu'une jeune femme sur cinq rapporte de la consommation de drogues durant la grossesse. Ces données suggèrent que le dépistage, ainsi que l'accompagnement pour modifier ces habitudes, méritent une attention soutenue.

En fin de grossesse, une proportion importante de jeunes femmes est en relation avec le père de l'enfant à naître. Elles expriment généralement une appréciation subjective satisfaisante du soutien, du réconfort ou de l'aide qu'elles reçoivent de lui. Il est possible que la relative nouveauté des relations de couple fasse en sorte que le partenaire soit vu sous un jour positif (Lavigneur, Coutu, Dubeau, David, & Grenon, 2005). À la lumière d'écrits qui suggèrent une fréquence élevée de rupture du couple durant les deux premières années de vie de l'enfant il se pourrait que cette situation change, à plus ou moins brève échéance, d'autant plus si les pères ne reçoivent pas de soutien pour s'impliquer auprès de leurs enfants, tels qu'ils le souhaiteraient (Bunting & McAuley, 2004; Ouellet, Milcent, & Devault, 2006). D'ailleurs, les hommes rencontrés semblent moins satisfaits du soutien qu'ils reçoivent de leur conjointe durant la grossesse – ce qui ne se confirme toutefois pas dans une étude récente menée par Deslauriers (2010) dans un contexte similaire. Bref, considérant ce contexte, ainsi que les études suggérant que le soutien du partenaire ou une relation proche et satisfaisante avec lui seraient positivement associés à certains aspects de l'attachement mère-enfant et au bien-être psychologique de la mère (Bloom, 1998; Roye & Balk, 1996), l'intervention PSJP constitue une opportunité essentielle pour rejoindre ces pères et pour accorder une attention particulière à l'expérience qu'ils vivent en tant que père en devenir et dans leur relation de couple avec les jeunes femmes.

Enfin, le réseau informel, principalement constitué de la famille, semble procurer un degré de soutien certain aux jeunes parents durant la grossesse. Dans la mesure où cet entourage est présent et peut jouer un rôle signifiant dans l'adaptation des jeunes parents à leurs nouveaux rôles, l'accompagnement offert par le PSJP constitue une opportunité pour explorer la nature de ces relations et pour soutenir celles pouvant contribuer au pouvoir d'agir des jeunes parents.

3.2 Quelles sont les réalités de vulnérabilité sociale des familles?

Afin de répondre à cette question d'évaluation, une modélisation théorique, suivie d'une stratégie statistique, ont été réalisées pour se doter d'un indicateur robuste du concept de vulnérabilité. Cet indicateur est essentiel pour compléter le portrait des familles participant au PSJP, comprendre plus finement l'actualisation du PSJP et réfléchir les effets potentiels du programme sur les familles.

3.2.1 Le concept de vulnérabilité sociale

Les variables faisant l'objet de la collecte de données auprès des jeunes parents ont été retenues en prenant appui sur 1) les objets d'intervention du programme (MSSS, 2004a); 2) notre modélisation systémique de la théorie du programme; et 3) des indicateurs généralement

utilisés pour estimer les effets d'un programme d'intervention précoce sur les pratiques et conditions de vie des jeunes parents et le développement de leurs enfants (Howard & Brooks-Gunn, 2009; Olds & Kitzman, 1993; U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Ces variables sont généralement considérées comme étant des facteurs de risque ou de protection. Par exemple, le soutien social de mères adolescentes serait un facteur associé à la qualité de l'interaction mère-enfant (Clemmens, 2001) et au développement social et cognitif de ce dernier (Furey, 2003).

Cependant, chaque facteur, considéré individuellement, porte l'attention sur une dimension relativement spécifique de la situation de vie des jeunes femmes, de leurs partenaires ou de leurs enfants. Pourtant, ce ne sont pas tant des «facteurs de risque» qu'abordent les intervenantes, que des *personnes* qui s'inscrivent dans une trajectoire, un contexte particulier, voire un moment singulier de leur vie. Il n'est donc pas anodin que le PSJP s'adresse, à juste titre, à des familles vivant en contexte de «vulnérabilité». Il s'agit d'un concept multidimensionnel qui renvoie à l'expérience vécue des jeunes parents comme étant le *produit* d'un complexe d'interactions entre divers facteurs de risque ou de protection (Bynner, 1999; Châtel & Soulet, 2003; Clément & Bolduc, 2004; Delor & Hubert, 2000; Flaskerud & Winslow, 1998; Gendron, 2002).

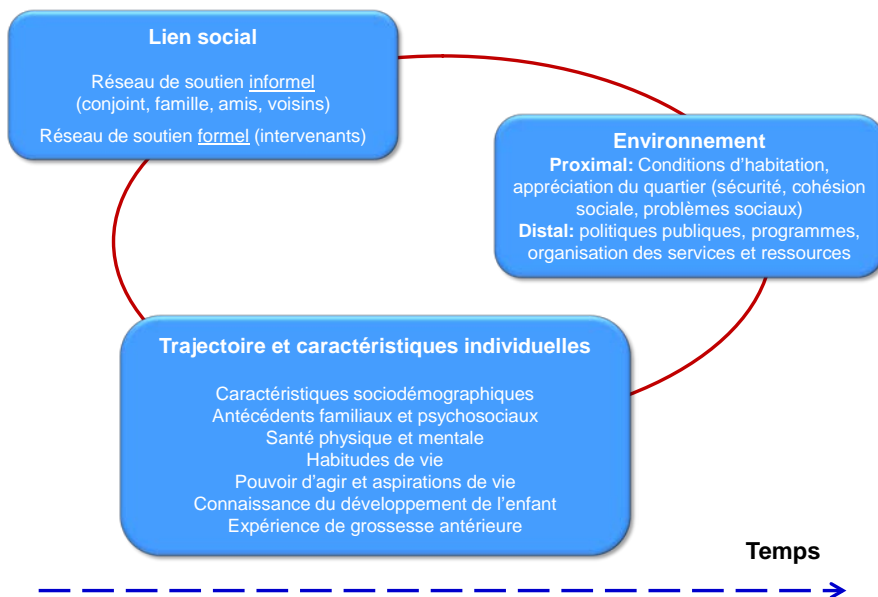
Bien que le concept de vulnérabilité comporte plusieurs définitions (Clément & Bolduc, 2004; Delor & Hubert, 2000), il existe néanmoins un certain consensus autour de trois dimensions. Premièrement, il est question d'un état de *fragilité* d'une personne, d'un groupe ou d'une communauté (Desroches, Leroy, Quaranta, & Vallée, 2006; Flaskerud et al., 2002; Pelchat, Gagnon, & Thomassin, 2006; Soulet, 2003). Cette fragilité, qui comporte des éléments psychologiques, sociaux, économiques ou symboliques, affecte la capacité d'agir des personnes, ou leur empowerment (Ninacs, 2008). Deuxièmement, la vulnérabilité est conçue comme étant *situationnelle et relationnelle*. Il s'agit d'une condition qui se construit dans *le rapport à l'autre et à son monde vécu*, dans le lien entre la personne et les circonstances particulières de son environnement (Bynner, 1999; Delor et Hubert, 2000; Soulet, 2003). Ce faisant, la vulnérabilité est un phénomène *social* qui prend forme au fil de la trajectoire et selon les caractéristiques, la position sociale et l'environnement de vie de la personne. Troisièmement, il s'agit d'un enchaînement d'expériences (Châtel, 2003), voire d'un *processus* (Bynner, 1999; Castel, 2000; Gendron, 2002; Goguel d'Allondans, 2003) qui comporte des dynamiques d'exclusion.

La Figure 8 rend compte de la lentille théorique conçue pour réfléchir la vulnérabilité dans le cadre de cette évaluation. Il s'agit d'une combinaison de dimensions individuelles, sociales et environnementales, potentiellement fragilisantes, qui se conjuguent à travers un espace temporel, ce qui permet de signifier la «vulnérabilité-comme-processus». Ce modèle comporte

des caractéristiques propres à l'individu et à sa trajectoire de vie, ainsi que des aspects qui témoignent du lien social et de son environnement proximal et distal de vie, d'où le libellé de «vulnérabilité sociale». Il s'agit de données qui ont été recueillies auprès des jeunes parents durant la période prénatale et qui permettent de tracer un portrait de la vulnérabilité sociale qui s'avère, en partie, à l'image de l'évaluation clinique que complètent les intervenantes dès les premières semaines de leur pratique d'accompagnement des familles.

Une telle conception souligne que la réalité de vulnérabilité sociale peut varier d'une personne à l'autre et dans le temps. Les jeunes parents ne sont donc pas conçus comme un groupe homogène (Barn & Mantovani, 2007). De plus, cette représentation signale que la vulnérabilité n'est pas que le fruit de caractéristiques ou de trajectoires personnelles particulières – une vision qui aurait pour conséquence de stéréotyper, voire stigmatiser, des groupes (pré)jugés vulnérables (Schultheis, 2003). Sa genèse se situe, tout autant, dans les *relations* qu'ont les personnes à leur environnement et dans les caractéristiques ou possibilités que comporte cet environnement. Enfin, à l'instar du modèle écologique qui sert de fondement conceptuel au PSJP, cette représentation de la vulnérabilité situe les cibles de l'intervention à différents niveaux, soit individuels, relationnels et environnementaux.

Figure 8. Modélisation du concept de vulnérabilité sociale



3.2.2 Opérationnalisation du concept de vulnérabilité sociale

Une analyse de clusterisation a été privilégiée pour la poursuite de l'opérationnalisation du concept de vulnérabilité sociale. Cet outil statistique est conçu pour révéler des regroupements

naturels de sujets partageant des caractéristiques similaires au sein d'un fichier de données (Everitt, Landau, Leese, & Stahl, 2011). À partir d'un ensemble de variables, il est donc possible d'en cerner un nombre plus restreint qui permet de distinguer des réalités différentes entre les sujets considérés.

Dans un premier temps, les données recueillies ont été examinées, suivant trois critères, pour sélectionner des variables permettant de procéder à une analyse de clusterisation qui soit fiable. D'une part, les variables retenues devaient refléter les trois dimensions du concept de vulnérabilité sociale (Figure 8). D'autre part, chaque variable retenue devait démontrer 1) une variabilité suffisante dans l'échantillon (i.e. au moins 20% de répondants par niveaux pour les variables catégorielles); et 2) moins de 30% de données manquantes pour les 451 familles. Les variables retenues pour procéder à l'analyse de clusterisation figurent au Tableau 22.

Tableau 22. Variables retenues pour l'analyse de clusterisation

Trajectoire et caractéristiques individuelles			
1	Âge du père de l'enfant à naître	9	Tabagisme avant grossesse
2	Âge de jeune femme à la première grossesse	10	Consommation drogues avant grossesse
3	Grossesse antérieure	11	Traumatismes dans l'enfance
4	Âge de la mère de la jeune femme à sa première grossesse	12	Détresse psychologique
5	Décrochage scolaire	13	Indice de situations stressogènes chroniques
6	Principale source de revenu	14	Autonomie
7	IMC avant grossesse	15	Pouvoir d'agir intrapersonnel
8	Perception de l'état de santé AVANT la grossesse	16	Conscience critique personnelle
Lien social			
1	Moment de la 1 ^{ère} visite chez le médecin durant la grossesse	2	Carte réseau : nombre de personnes dans l'entourage de la mère.
Environnement proximal			
1	Cohabitation	3	Indice du nombre de personnes par pièces dans le logement
2	Indice d'appréciation du quartier		

Il s'agit de 22 variables, dont la majorité (16) renvoie aux trajectoires et caractéristiques individuelles de la jeune femme enceinte. Vu le critère statistique d'un minimum de données manquantes, il n'a pas été possible de retenir plus d'une variable concernant le père de l'enfant

à naître²⁹. Par ailleurs, l'application des critères statistiques a réduit à deux le nombre de variables se rapportant aux dimensions du lien social; et à trois le nombre de variables ayant trait à l'environnement proximal des jeunes parents.

Ces variables étant continues ou catégorielles, la clusterisation en deux étapes fut privilégiée (Řezanková, 2009) et le nombre de regroupements n'a pas été spécifié d'avance. Le Tableau 23 indique qu'une solution à trois regroupements est celle qui permet la meilleure différenciation des participants selon des réalités de vulnérabilité sociale qui leurs sont propres. Cette solution présente le plus grand ratio de mesures de distance entre les regroupements, soit la distance géométrique entre les centres des groupements (1.867): plus le ratio des distances est grand, plus le nombre de regroupements est optimal car il assure une meilleure différenciation des groupements. Par ailleurs, cette solution présente la meilleure proportion de modification du BIC. Ce critère est un indice qui permet de statuer sur l'adéquation du modèle à X groupes comparativement à celui de (X-1) groupes. Dans ce cas, la proportion de modification lors du passage d'un modèle à deux groupements à trois est de 0,751; et par la suite cette proportion devient relativement stable, variant de -0,006 à 0,168. Il s'agit de peu de changement, donc peu d'amélioration du modèle au-delà de trois groupements.

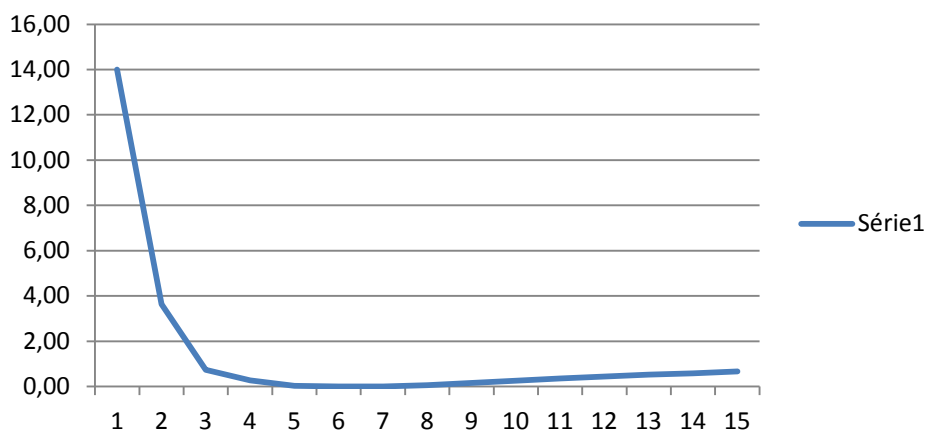
Tableau 23. Résultats de l'analyse de clusterisation: nombre de regroupements optimal

Nombre de classes	Critère bayésien de Schwartz (BIC)	Modification BIC	Proportion de modification du BIC	Ratio des mesures de distance
1	6665,309			
2	6346,150	-319,159	1,000	1,198
3	6106,466	-239,684	,751	1,867
4	6052,754	-53,712	,168	1,045
5	6008,363	-44,391	,139	1,223
6	6001,438	-6,926	,022	1,056
7	6003,377	1,939	-,006	1,114
8	6021,559	18,182	-,057	1,236
9	6067,016	45,457	-,142	1,129
10	6125,680	58,664	-,184	1,024
11	6186,720	61,041	-,191	1,038

²⁹ Des données concernant le père de l'enfant à naître ont été recueillies auprès des mères et des pères. Afin d'accroître la puissance statistique des analyses, ce ne sont que les données recueillies auprès des mères qui ont été retenues. Ainsi, il ne s'agit pas de comprendre qu'il y a un nombre important de données manquantes de la part des 270 pères participant à l'évaluation; mais plutôt qu'il y a plus de 30% des 451 familles pour lesquelles il n'y a pas de données sur le père.

Un autre indice quant à l'adéquation de du nombre de groupements est proposé par Zhao, Hautamaki, & Fränti (2008). Il s'agit de l'identification du point de flexion de la courbe du BIC normalisé. La Figure 9 permet de distinguer clairement un point de flexion situé à 3.

Figure 9. Résultats de l'analyse de clusterisation: identification du point de flexion de la courbe du BIC normalisé



3.2.3 Résultat: trois réalités de vulnérabilité sociale

Les trois groupements résultant de l'analyse de clusterisation comportent 11 des 22 variables soumises au traitement statistique. Chacun des regroupements représente une réalité de vulnérabilité sociale particulière pour les familles accompagnées par les intervenantes du PSJP, lesquelles renvoient à des situations de vie qui pourraient correspondre à des opportunités d'intervention différentes. Le Tableau 24 présente ces trois réalités (R1, R2, R3), ainsi que les résultats de tests statistiques entre chacune des paires de regroupements. Il est à noter que 64 sujets, soit 14% de l'échantillon (64/451), n'ont pu être assignés à un regroupement à travers l'analyse de clusterisation. Il suffit qu'il y ait une donnée manquante pour une seule variable pour qu'un sujet soit exclu. Une analyse comparative effectuée à partir des 11 variables qui distinguent les trois regroupements indique, toutefois, qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre ces 64 personnes et les 387 qui ont contribué à la différenciation de trois réalités de vulnérabilité sociale³⁰.

³⁰ Pour les analyses subséquentes dont les résultats sont présentés à l'Annexe G de ce rapport, un algorithme d'imputation statistique a été utilisé pour attribuer chaque famille de la cohorte à une réalité de vulnérabilité sociale, R1, R2 ou R3, augmentant ainsi la puissance statistique des analyses.

Tableau 24. Trois réalités de vulnérabilité sociale

Variables	Regroupements			Statistiques comparatives			
	R1 (n = 153)	R2 (n = 101)	R3 (n = 133)	R1 x R2	R1 x R3	R2 x R3	
Expérience antécédente à cette grossesse (mère)							
1 ^{re} grossesse (%)	96,1	86,1	27,1	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	
Âge moyen 1 ^{re} grossesse (ans)	18,7	17,5	16,7	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	
Indice moyen traumatisme enfance	40,1	35,9	49,0	$p = 0,04$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	
Décrochage scolaire (%)	68,0	62,4	89,5	$p = 0,36$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	
Santé très bonne/excellente (%)	60,8	67,3	37,6	$p = 0,31$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	
Habitudes de vie au moment où la grossesse a été confirmée (mère)							
Tabagisme (%)	58,8	54,5	78,9	$p = 0,49$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	
Consomme drogues (%)	10,5	5,9	48,9	$p = 0,21$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	
Conditions durant la grossesse (mère)							
Indice moyen de détresse psychologique	2,14	2,03	2,48	$p = 0,18$	$p < 0,01$	$p < 0,01$	
Nb moyen de personnes par pièce, au domicile	0,54	0,77	0,61	$p < 0,01$	$p = 0,07$	$p < 0,01$	
Principale source de revenu (%)	Emploi	48,4	26,7	25,6	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$
	État	37,3	18,8	52,6			
	Parents	0,7	47,5	7,5			
	Partenaire	13,7	6,9	14,3			
Cohabite avec... (%)	Partenaire	77,8	0	73,7	$p < 0,01$	$p < 0,01$	$p < 0,01$
	Seule	21,6	0	10,5			
	Parents	0,7	100	15,8			

L'examen du Tableau 24 suggère que les regroupements R1 et R2 ne sont pas statistiquement différents en ce qui a trait à: leur expérience de décrochage scolaire; leur perception de leur santé avant la grossesse; leurs habitudes de consommation tabagique et de drogue au moment où la grossesse a été confirmée; ou leur indice moyen de détresse psychologique au cours du dernier mois. Par ailleurs, bien qu'il y ait une différence statistiquement significative entre les deux regroupements au regard de l'indice moyen de traumatismes dans l'enfance, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre ces regroupements quant à la proportion de jeunes femmes ayant une expérience de traumatisme qualifiée de «modérée ou plus» pour chacune des sous-échelles de cette mesure (voir Tableau 25 plus bas).

Cela dit, **ce qui distingue les réalités des regroupements R1 et R2** se situe principalement au niveau de l'organisation de vie des jeunes femmes. Les premières cohabitent principalement avec leur partenaire ou seules, alors que les deuxièmes habitent exclusivement chez leur parents, ce qui inclut la fratrie³¹. Par ailleurs, la principale source de revenu pour le regroupement R1 est un emploi, tandis qu'il s'agit de l'aide des parents pour celles du regroupement R2. Fait à signaler, seulement 0,7% des femmes du regroupement R1 indiquent que leurs parents sont leur principale source de revenu. Enfin, c'est la presque totalité des jeunes femmes du regroupement R1 qui vit l'expérience de la grossesse pour la première fois, plus d'un an plus tard que celles du regroupement R2.

Le **regroupement R3 renvoie à une réalité qui se distingue significativement des deux précédentes**. Seulement 27,1% des jeunes femmes en sont à leur première expérience de grossesse, laquelle remonte à un âge moyen de 16,7 ans, soit jusqu'à deux ans de moins, en moyenne, que les autres jeunes femmes. Près de 90 % sont en situation de décrochage scolaire, comparativement à un maximum de 68,0 % dans les deux autres regroupements. En ce qui a trait à l'indice de traumatismes dans l'enfance, le score total moyen de 49,0 est significativement plus élevé que celui des deux autres regroupements. Le Tableau 25 indique qu'à l'exception de l'expérience de négligence émotionnelle³², les proportions de jeunes femmes rapportant une expérience de traumatisme dans l'enfance aux seuils de classification «modéré ou plus», sont significativement plus élevées pour celles du regroupement R3 que pour celles des regroupements R1 et R2.

Tableau 25. Proportion de jeunes femmes avec expérience de traumatisme, niveau «modéré ou plus», selon trois réalités de vulnérabilité sociale

Mesures	Réalités de vulnérabilité sociale			Statistiques comparatives		
	R1 (N = 153)	R2 (N = 101)	R3 (N = 133)	R1 x R2	R1 x R3	R2 x R3
Expérience de traumatisme (modéré ou +)						
Abus émotionnel	55 (35,9%)	27 (26,7%)	77 (57,9%)	$p = 0,13$	$p = 0,00$	$p = 0,00$
Abus physique	29 (19,0%)	17 (16,8%)	53 (39,8%)	$p = 0,16$	$p = 0,00$	$p = 0,00$
Abus sexuel	56 (36,6%)	31 (30,7%)	78 (58,6%)	$p = 0,35$	$p = 0,00$	$p = 0,00$
Négligence émotionnelle	149 (97,4%)	99 (98,0%)	124 (93,2%)	$p = 1,00$	$p = 0,15$	$p = 0,12$
Négligence physique	35 (22,9%)	15 (14,9%)	55 (41,4%)	$p = 0,15$	$p = 0,00$	$p = 0,00$

³¹ En moyenne, il y a quatre personnes dans la maisonnée, incluant la jeune femme enceinte. Ceci expliquerait la différence quant à l'indice du nombre moyen de personnes par pièce à domicile.

³² Les scores moyens pour la sous-échelle de négligence émotionnelle sont qualifiés d'«extrême» pour les trois regroupements R1, R2 et R3.

Par ailleurs, jusqu'à 63% des jeunes femmes du regroupement R3 perçoivent que leur santé était moyenne à mauvaise avant leur grossesse, alors que pour les deux autres regroupements, cette proportion est d'environ 40 %. Au moment où leur grossesse a été confirmée, 78,9% consommaient du tabac et presque la moitié (48,9%) consommait de la drogue, ce qui est significativement plus important que pour les deux autres regroupements. Durant la grossesse, l'indice moyen de détresse psychologique est également plus élevé parmi les jeunes femmes du regroupement R3. Enfin, ces jeunes femmes se distinguent dans la mesure où la principale source de revenu est l'aide de l'État pour plus de la moitié d'entre elles (52,6 %).

3.2.4 Trois réalités de vulnérabilité sociale: analyses post hoc

Pour compléter le portrait quant aux réalités de vulnérabilité sociale des familles de la cohorte, des analyses comparatives supplémentaires ont été réalisées afin de différencier davantage les trois regroupements. Une attention particulière a été portée à des mesures prénatales témoignant des trajectoires et caractéristiques des pères des enfants à naître, du lien social, de conditions de vie ou de l'environnement, compte tenu que de telles variables figurent peu ou pas dans les regroupements. Le Tableau 26 présente les résultats des analyses comparatives qui s'avèrent statistiquement significatifs.

D'autres distinctions entre les trois regroupements sont mises en évidence. Les **familles du regroupement R1** comportent plus de pères qui occupent un emploi durant la grossesse de la jeune femme comparativement aux deux autres groupes.

Les **familles du regroupement R2** sont plutôt composées de jeunes femmes et de pères qui sont plus jeunes, d'une année de moins, en moyenne, que les autres participants. Une moindre proportion de ces couples se connaît depuis six mois ou plus, comparativement aux autres couples. Durant la grossesse, ces jeunes parents ont moins tendance à utiliser des ressources du quartier pour obtenir de l'aide matérielle, ou à participer à des cours prénataux. Enfin, proportionnellement moins de pères du regroupement R2 sont en situation de décrochage scolaire comparativement aux pères du regroupement R3.

Les **familles du regroupement R3** comportent davantage de jeunes femmes et de pères qui ont consommé des drogues durant la grossesse. Une moindre proportion de jeunes femmes rapportent une perception améliorée de leur santé durant la grossesse; et l'indice moyen de détresse psychologique des pères est plus élevé. Par ailleurs, bien que la distinction se situe uniquement entre les regroupements R1 et R3, une plus grande proportion de pères du regroupement R3 rapporte avoir eu des contacts avec la DPJ durant l'enfance ou l'adolescence; et leur indice moyen de traumatisme dans l'enfance est plus élevé. Les pères du regroupement R3 rapportent une moins bonne perception de leur santé que ceux du regroupement R1.

Tableau 26. Trois réalités de vulnérabilité sociale, analyses post hoc

Variables	Regroupements			Statistiques comparatives		
	R1	R2	R3	R1 x R2	R1 x R3	R2 x R3
Expérience antécédente à cette grossesse						
Mères et pères se connaissent depuis \geq 6 mois (N = 386)	81,1%	65,0%	87,2%	$p < 0,01$	$p = 0,20$	$p < 0,01$
Pères: contacts avec DPJ durant enfance ou adolescence (N = 241)	22,9%	29,2%	37,5%	$p = 0,42$	$p = 0,04$	$p = 0,45$
Pères: traumatisme enfance - indice total moyen (N = 230)	38,1	38,8	41,4	$p = 0,69$	$p = 0,02$	$p = 0,15$
Pères: décrochage scolaire (N = 301)	35,7%	30,2%	44,7%	$p = 0,36$	$p = 0,21$	$p = 0,04$
Conditions durant la grossesse						
Mères: âge moyen (N = 386)	18,7 ans	17,8 ans	18,6 ans	$p < 0,01$	$p = 0,80$	$p < 0,01$
Pères: âge moyen (N = 300)	22,7 ans	21,6 ans	22,7 ans	$p = 0,03$	$p = 0,98$	$p = 0,04$
Mères: perception améliorée de sa santé (N = 383)	73,9 %	79,0 %	47,4 %	$p = 0,64$	$p < 0,01$	$p < 0,01$
Mères: consommation drogues (N = 386)	3,3%	5,0%	21,2%	$p = 0,52$	$p < 0,01$	$p < 0,01$
Pères: consommation de drogues (N = 216)	16,7%	2,6%	42,0%	$p = 0,02$	$p < 0,01$	$p < 0,01$
Pères: occupe un emploi (N = 370)	74,5%	59,0%	64,6%	$p = 0,02$	$p = 0,09$	$p = 0,49$
Pères: perception de sa santé très bonne / excellente (N = 356)	62,2 %	59,0 %	50,3 %	$p = 0,67$	$p = 0,05$	$p = 0,26$
Pères: Indice moyen de détresse psychologique (N = 233)	1,8	1,9	2,1	$p = 0,63$	$p < 0,01$	$p = 0,10$
Lien social						
Utilisation d'au moins une ressource pour aide matérielle (N = 386)	62,7 %	44,0 %	58,6 %	$p < 0,01$	$p = 0,54$	$p = 0,03$
Cours prénataux durant grossesse (N = 387)	73,2%	57,4%	69,9%	$p = 0,01$	$p = 0,60$	$p = 0,07$

Enfin, il mérite d'être souligné ici qu'aucune mesure du pouvoir d'agir ne permet de qualifier ou de distinguer des réalités différentes entre les participants. Il en va de même pour des indicateurs témoignant de leur connaissance du développement de l'enfant ou de leur appréciation de l'environnement dans lequel ils vivent.

ANNEXE E L'EXPÉRIENCE DE L'ACCOMPAGNEMENT PRIVILÉGIÉ

1. Questions d'évaluation

L'expérience de l'accompagnement privilégié répond à deux questions d'évaluation de l'actualisation du PSJP:

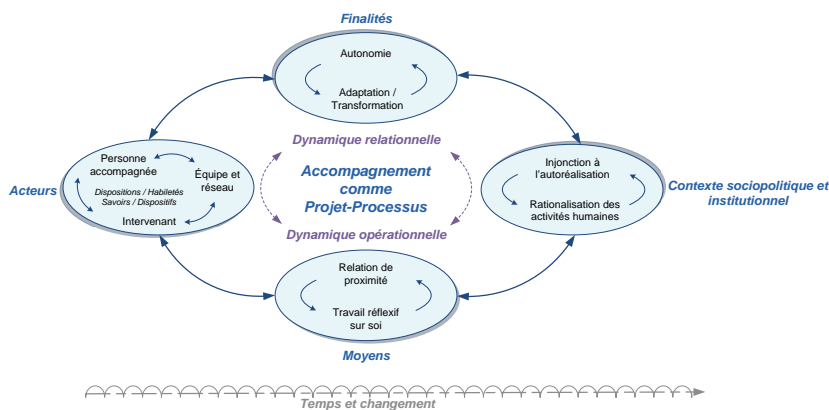
- 1) Quelle est l'expérience de l'accompagnement du point de vue de mères et d'intervenantes privilégiées?
- 2) Quelle est l'appréciation des familles au regard de l'intervention?

Ces questions s'inscrivent dans le premier sous-système modélisé du PSJP (cf. Figure 2), la prémisse étant que la nature de la relation d'accompagnement, et l'expérience qu'en ont les personnes impliquées, auront une incidence sur l'accompagnement privilégié et, en retour, sur les changements visés par le programme auprès des familles.

2. Le concept d'accompagnement

Afin de se doter de repères pour appuyer l'interprétation des données générées à travers cette composante de la recherche évaluative, un idéal type de la pratique d'accompagnement a été modélisé à partir d'exercices de synthèse et de théorisation d'Éric Gagnon (2009) et de Maela Paul (2009). Il s'agit d'un concept qui renvoie à une variabilité de termes connexes et pour lequel il y a peu de théorie d'ensemble. Dans ce qui suit, la pratique d'accompagnement est essentiellement conçue à travers ses finalités, ses moyens et ses acteurs qui évoluent dans des contextes qui leurs sont propres, notamment au niveau organisationnel et institutionnel qui reflètent des valeurs du contexte sociopolitique ambiant. La Figure 10 suggère que ces dimensions sont inter-reliées, à la manière d'un système d'action complexe (Le Moigne, 1999). Il en émerge des tensions, des contradictions, qui font en sorte que l'accompagnement est modélisé comme *pratique paradoxale*.

Figure 10. Modélisation d'un idéal type du concept d'accompagnement



En termes de **finalité**, la pratique d'accompagnement serait le reflet des exigences de notre société moderne. La primauté est accordée à l'individu autonome, gestionnaire de son parcours, qui travaille sur son identité afin de trouver une place singulière; et qui s'adapte continuellement à un monde en changement, tout en le transformant pour se réaliser et accomplir ses projets. Ainsi, la finalité de l'accompagnement renvoie au pouvoir d'exercice de contrôle sur ses décisions, à la liberté de faire ses propres choix et à la capacité de trouver ses solutions, sans être ou devenir dépendant d'autrui. Il est donc question d'*autonomie* dans l'agir et la pensée; et de processus d'*adaptation* et de *transformation* pour réduire un écart qui sépare de la norme ou pour faciliter l'intégration sociale, la ré-affiliation de la personne vulnérable (Châtel & Roy, 2008; Châtel & Soulet, 2003; Gendron, 2002).

Les **moyens** de l'accompagnement sont de deux ordres. D'une part, la *relation de proximité* est privilégiée. Il est question d'écoute, d'orientation et de conseil, de soins et d'aide matérielle; de présence à l'autre, de continuité, d'une relation empreinte de confiance et d'ouverture exempte de jugement; et, enfin, de transparence quant au parcours envisagé. Pour l'intervenante, l'empathie est au cœur de cette pratique. Il s'agit d'être proche tout en se gardant une certaine distance pour ne pas se confondre avec l'autre ou se laisser prendre émotivement par la relation. D'autre part, la pratique d'accompagnement nécessite un *travail sur soi*, tant chez la personne accompagnée que chez celle qui accompagne. Il est question de réflexivité, de (re)connaître ses besoins, ses désirs, ses ambitions, ses forces et faiblesses, et de réfléchir sa trajectoire pour être en mesure de faire place à l'autre dans la relation. Dès lors, pour l'intervenante, ce n'est pas tant la réponse aux besoins qui importe, que la capacité de demeurer centré sur l'autre, au-delà de ses propres attentes, exigences ou *a priori*, pour aider la personne à se réaliser, à développer sa capacité d'agir, et à se recomposer en tant que sujet.

Considérant ce qui précède, les **acteurs** concernés doivent répondre à certaines conditions de possibilité de la pratique d'accompagnement. La *personne accompagnée* doit adhérer à la relation, s'y engager, et présenter quelques *dispositions, habiletés et savoirs* pour entreprendre un travail sur soi. Par exemple, elle doit être en mesure de faire une demande, de prendre la parole, de se raconter, et d'agir volontairement. Quant aux *intervenantes*, cela exige des *savoirs multiples*, professionnels et expérientiels, notamment en regard des réalités des personnes accompagnées, ainsi que des *habiletés d'ajustement* pour assurer une intervention personnalisée. Enfin, elles doivent avoir accès aux *dispositifs* pour livrer les services envisagés.

La Figure 10 suggère que le **contexte** spatial et temporel est constitutif de l'accompagnement. En particulier, le *contexte sociopolitique et institutionnel* dans lequel s'élabore cette pratique n'est pas neutre. Astier (2007) nous rappelle que nous vivons à l'ère de nouvelles règles du social, dans un monde de «responsabilisation généralisée» (p. 11) comportant une normativité active d'*injonction à l'autoréalisation*. L'accompagnement s'inscrit alors dans un contexte

sociopolitique d'incitation à agir, où l'individu *doit* devenir capable d'infléchir le cours de sa vie et parvenir à se prendre en main ou à maintenir son autonomie. Par ailleurs, Gagnon (2009) nous rappelle que le métier d'accompagnement s'élabore dans des organisations qui doivent généralement répondre à des exigences de qualité et d'efficacité. Un contexte de *rationalisation des activités humaines* est donc à l'œuvre, particulièrement à travers des normes de pratique professionnelle et des indicateurs qui guident le parcours de l'intervention. Il s'agit de faire la démonstration de l'atteinte d'objectifs fixés *a priori* via les programmes ou ententes de gestion entre les divers paliers de notre organisation de services, pour en assurer la performance.

Cette conjonction de finalités, moyens, acteurs et contextes soulève un **paradoxe fondamental** qui comporte un ensemble de contradictions à gérer: la pratique d'accompagnement conjugue des dynamiques à la fois *relationnelles* et *opérationnelles*. D'une part, il est question d'instaurer un lien de qualité, dans un contexte de promotion possible de la personne, de ses projets, de son autonomie. D'autre part, il s'avère indispensable qu'elle adhère à une relation de proximité, qu'elle se dévoile, qu'elle s'engage dans un processus réflexif, volontairement, pour produire des résultats et atteindre des objectifs de changement visés par le dispositif d'accompagnement, étant donné le contexte de rationalisation de nos institutions.

Ainsi, l'**accompagnante** doit répondre à une double visée: à une *dimension constructive* de la personne, de ses projets, de son autonomie; et à une *dimension productive* d'un changement, voire d'un résultat. La question est de savoir comment une intervenante se situe entre des activités centrées sur la personne, dans une conduite relationnelle qui tente de créer les conditions d'un pouvoir d'agir; et des activités à visée normative censées produire des résultats évaluables? Comment se situe-t-elle dans un rapport à la fois symétrique et asymétrique, qui nécessite d'être avec, tout en maintenant une distance professionnelle, une retenue, pour ne pas s'épuiser à travers la confrontation à la vulnérabilité de l'autre; ou pour ne pas imposer des solutions d'expert qui risquent de comporter une certaine ingérence ou de délégitimer la personne dans ses demandes et ses projets?

Pour la **personne accompagnée**, les questions demeurent: comment peut-elle s'investir librement dans une relation où se jouent son projet de vie et les conditions de son autonomie, où s'impose *la règle* de choisir sa vie? Comment se faire aider sans accroître sa dépendance? Est-elle disposée à se raconter? A-t-elle les moyens ou la volonté du travail sur soi et des exigences de la proximité? Poursuit-elle des finalités d'autonomie et d'adaptation qui trouvent une certaine résonance dans le parcours d'accompagnement qui lui est proposé? Enfin, peut-elle prendre le risque de dire sa vulnérabilité? Se concevoir vulnérable, ne risque-t-il pas de la fragiliser davantage?

Devant cette situation, Gagnon (2009) souligne que l'intervention gagnerait à être conçue autrement qu'une trajectoire balisée par des moyens centrés sur des résultats prédéfinis à atteindre. L'accompagnement serait un *cheminement-ensemble*, avec la personne là où elle se trouve, pour tenter de créer les conditions d'émergence possible, mais non certaines, d'un désir de changement instauré dans son histoire, son environnement, ses projets. Il s'agirait d'une vision systémique allant au-delà d'un ensemble de procédures à appliquer en fonction d'objectifs à atteindre, et incluant des processus (inter)actifs centrés sur des projets-en-devenir. La Figure 10 réfère ainsi à l'accompagnement comme «*projet-processus*». Chemin faisant, au travers cet espace relationnel, se construit une compréhension contingente et située, donc changeante, qui transforme les acteurs et leurs réalités... et rendent imprévisibles les émergences et l'étendue des mondes possibles. D'où un défi certain: le parcours et le résultat de l'accompagnement demeurent indéfinissables, *a priori*. Cela demande de s'engager vers une issue incertaine et de tolérer l'incertitude, tout en faisant confiance. Ainsi, celle qui accompagne devrait être accompagnée. Le *soutien clinique* et l'accès à des *espaces de collaboration et de travail en réseau* où se confrontent, se conjuguent et se déconstruisent les idées, pour dépasser l'application de procédures prédéfinies et aiguïser l'émergence d'inventivité et d'ajustements, sont essentiels.

3. Méthode – Entretiens auprès de dyades «jeune parent – intervenante privilégiée»

3.1 Devis

Considérant la théorisation du concept d'accompagnement, une approche qualitative interprétative (Paillé, 2010) par entretiens semi-dirigés (Boutin, 1997; Savoie-Zajc, 2010) fut privilégiée auprès de dyades de «jeunes parents – intervenantes privilégiées» afin de saisir les contradictions ou défis de cette pratique à travers les finalités poursuivies, les moyens utilisés et les contextes respectifs de ses principaux acteurs. Les personnes ont été rencontrées à trois moments qui se situent dans le prolongement des entrevues structurées auxquelles ont participé l'ensemble des familles, soit durant la période prénatale et à 6 et 18 mois de vie du bébé.

3.2 Échantillon

La collecte de données s'est déroulée de janvier 2009 à février 2011 dans 10 équipes SIPPE réparties entre quatre régions pour assurer une certaine hétérogénéité des contextes d'intervention.

3.2.1 Jeunes parents

Une procédure d'échantillonnage intentionnel de type stratifiée a été adoptée pour diversifier les réalités de vulnérabilité sociale des participants (Patton, 1990; Pires, 1997). Outre le genre (femme, homme), les critères de sélection retenus renvoient, par ailleurs, à deux éléments centraux autour desquels gravitent les entretiens, soit les projets de vie des parents et la nature du lien construit avec les intervenantes. L'âge de la mère ainsi que la fréquentation scolaire au

moment de l'annonce de la grossesse pouvant être des marqueurs d'un contexte de défavorisation ayant une incidence sur les projets de vie (Geronimus, 2003; Hoffman, 1998; SmithBattle, 2000), nous avons sollicité des jeunes personnes mineures (<18 ans) et majeures (≥ 18 ans); ainsi que des jeunes encore à l'école et d'autres ayant déjà arrêté leurs études au moment de l'annonce de la grossesse. À ceci s'ajoute un quatrième critère relatif à des antécédents de contacts avec un intervenant de la Protection de la jeunesse (PJ) (oui, non), puisque cette expérience pourrait avoir une incidence sur la relation des jeunes avec des intervenantes (Gaudet & Charbonneau, 2000).

Lorsqu'un parent était sélectionné selon les cinq critères établis, une demande était acheminée à l'agente de recherche qui avait récemment effectué une collecte de données auprès de cette personne. Agissant comme intermédiaire, elle introduisait une autre membre de l'équipe pour effectuer l'entretien. Cette dernière reconfirmait les critères de sélection auprès du parent, en plus de s'assurer qu'il ou elle serait en mesure de s'entretenir sur son expérience de l'intervention. Si une personne n'avait pas eu l'occasion de rencontrer une intervenante du CSSS à aux moins trois reprises durant la période prénatale, elle était exclue. Des cinquante personnes sélectionnées, 27 parents ont participé à ce volet de la recherche évaluative. Certains ont refusé de participer, principalement par manque de temps; d'autres n'ont pu être rejoints; et trois personnes ont finalement été exclues, étant donné les critères retenus.

Le Tableau 27 présente le nombre de jeunes femmes et leurs partenaires ayant participé aux différents moments: 19 jeunes femmes et 8 hommes ont contribué à 35 et 12 entretiens, respectivement. Un total de 47 entretiens rend ainsi compte de l'expérience d'accompagnement des jeunes parents, soit 14, 19 et 14 par temps de mesure. Seulement cinq jeunes femmes ont participé aux trois entretiens projetés; tandis que 10 autres jeunes parents (6 femmes et 4 hommes) ont participé à deux entretiens.

Tableau 27. Expérience de l'intervention d'accompagnement privilégié: nombre de jeunes parents ayant participé, selon le temps de collecte

Participants (N = 27)	Temps de collecte						Total entretiens
	Prénatal	6 mois		18 mois			
		1 ^{er} entretien	2 ^e entretien	1 ^{er} entretien	2 ^e entretien	3 ^e entretien	
Femmes (n = 19)	10	7	6	2	5	5	35
Hommes (n = 8)	4	3	3	1	1	0	12
Total entretiens	14	10	9	3	6	5	47

Il a généralement été possible de rencontrer, par site, au moins deux parents de familles différentes. Le tiers des jeunes femmes sont âgées de moins de 18 ans (6/19) et tous les pères ont plus de 18 ans. Près des deux tiers des participants travaillaient (17/27) et peu fréquentaient l'école (5/27) au moment de l'annonce de la grossesse; tandis que plus de la moitié des mères avaient décroché de leurs études avant la grossesse (11/19). De plus, environ le tiers (10/27) avait déjà eu des contacts avec des intervenants de PJ durant l'enfance ou l'adolescence. Bien qu'il s'agisse d'une première naissance vivante pour toutes les jeunes femmes rencontrées, cet échantillon de participants présente une certaine hétérogénéité au départ des entretiens prénataux, ce qui contribue à enrichir le processus interprétatif lors de l'analyse (Coffey & Atkinson, 1996). Lors des rencontres postnatales à 18 mois, cependant, il s'est avéré que toutes les jeunes femmes avaient effectué un retour aux études depuis la naissance du bébé. Cette proportion s'élevant seulement à 45% parmi les 290 mères de la cohorte à 18 mois de vie du bébé, la transférabilité des résultats au regard des entretiens postnataux s'en trouve limitée. D'autre part, plusieurs des intervenantes ont signalé que ces jeunes femmes et leurs familles représentaient plutôt des «*jeunes faciles*» ou de «*beaux cas*» qui ne sont pas nécessairement représentatifs «*de la moyenne des familles du PSJP*».

3.2.2 Intervenantes

Il s'agit également d'une procédure d'échantillonnage intentionnelle (Patton, 1990). À la fin d'un entretien auprès d'un parent, il lui était demandé d'identifier deux intervenantes: la personne qu'elle ou il reconnaissait comme étant son intervenante privilégiée; puis une autre personne qui intervenait auprès de sa famille, s'il y a lieu. Il était précisé que l'entretien auprès de l'intervenante avait pour objectif de documenter sa pratique, à partir d'une expérience concrète auprès de cette famille; et non de discuter du parent ou de sa situation familiale. La confrontation du discours des personnes recevant des services, avec le discours de ceux qui les prodiguent, offre un portrait nuancé de la pratique (Payot, Gendron, Lefebvre, & Doucet, 2007; SmithBattle, 2007). Par la suite, des démarches étaient entreprises, selon des ententes établies dans chaque CSSS, pour solliciter l'intervenante privilégiée du parent. Afin d'assurer une certaine diversification des professions, il s'est parfois avéré pertinent de solliciter la deuxième intervenante identifiée. Lorsque possible, la même personne était sollicitée si un parent l'identifiait au terme d'un deuxième ou troisième entretien.

Au total, 30 intervenantes ont été rencontrées à travers 39 entretiens semi-dirigés. Le Tableau 28 indique que plus de la moitié sont infirmières et environ le quart sont travailleuses sociales. Les autres sont nutritionnistes (n = 2) ou éducatrices spécialisées (n = 3). La majorité a été rencontrée une seule fois (n = 23); cinq intervenantes ont été rencontrées deux fois; et deux ont été rencontrées aux trois temps de mesure.

Il n'a pas été possible de rencontrer des intervenantes pour tous les jeunes parents ayant participé à cette partie de la recherche évaluative. Un parent a refusé que l'on rencontre son

intervenante, deux intervenantes n'étaient pas disponibles et cinq jeunes parents n'avaient pas eu de contact depuis plus de 6 mois avec leurs intervenantes³³. À terme, des entretiens ont donc été effectués auprès de 39 dyades «jeune parent-intervenante». Lorsqu'elles ont abordé l'intervention postnatale, les intervenantes ont souvent choisi de raconter leur intervention avec «*d'autres cas plus difficiles*», afin de donner un aperçu plus étendue de leur pratique. En ce sens, contrairement aux analyses effectuées pour les parents, leurs propos devraient être considérés transférables à un plus large éventail que situations d'accompagnement postnatal.

Tableau 28. Expérience de l'intervention d'accompagnement privilégié: nombre d'intervenantes ayant participé, selon le temps de collecte

Participants (N = 30)	Temps de collecte			Total entretiens
	Prénatal	6 mois	18 mois	
Infirmières (n =17)	6	11	5	22
Travailleuse sociale (n = 8)	6	4	2	12
Autre (n = 5)	2	2	1	5
Total entretiens	14	17	8	39

3.3 Collecte de données

Les entretiens destinés aux parents ont été réalisés à domicile ou au CSSS. Une compensation de 20\$ leur était remise pour chaque entretien. Les intervenantes ont complété les entretiens durant leurs heures de travail, dans leur établissement. En préparation, ces dernières ont reçu un aperçu des thèmes et ont été avisées du nom du parent référant. Il fut répété, avant et pendant les entretiens, que le but visé n'était pas de discuter de l'expérience vécue du parent en particulier, mais plutôt de référer à cette trajectoire d'intervention en tant qu'exemple concret à partir duquel rendre compte de sa pratique d'accompagnement privilégié dans le cadre du PSJP.

Les 86 entretiens, d'une durée d'environ 60 minutes (40 à 90 minutes), ont été enregistrés sur support audio. Ils ont été réalisés par deux agentes de recherche. Lorsque possible, la même personne effectuait les entretiens auprès du jeune parent et de son intervenante, et lors de temps de mesure subséquents. Les guides d'entretien ont été pré testés, puis ajustés suite aux premiers entretiens réalisés, afin d'assurer qu'ils invitent les personnes à raconter leur expérience de l'intervention (Kvale, 1996). Des analyses préliminaires en cours de collecte de données (Creswell, 2008) ont permis d'ajuster les guides d'entretien utilisés à 6 et à 18 mois de

³³ Dans ces cas, le jeune parent était quand même rencontré pour documenter son expérience de la sortie du programme.

vie du bébé afin de comprendre plus finement la pratique d'accompagnement. Deux chercheuses ont fait l'écoute d'enregistrements d'entretiens; et les agentes de recherche ont fait le même exercice entre elles. Ceci a permis un retour sur le processus d'entretien, en plus de favoriser une certaine cohérence entre les personnes effectuant cette collecte de données.

3.3.1 Entretiens avec les jeunes parents

Quatre thèmes ont été abordés afin de révéler leur expérience du programme, à travers leur réalité et leur trajectoire en tant que jeunes *et* parents. Il s'agit de:

- leur expérience de la grossesse et de la parentalité, particulièrement en termes de sa signification personnelle et leurs relations avec leur famille et leur réseau social;
- leurs projets de vie;
- leur expérience de l'accompagnement privilégié, avec une attention accordée au parcours et à leur appréciation de l'intervention, au lien établi avec les intervenantes, au contenu des rencontres, au type de services reçus ainsi qu'à leur sortie du programme, s'il y a lieu;
- leur expérience avec d'autres ressources du RLS.

Vue leur trajectoire variable dans le programme, les guides d'entretien destinés aux pères (ou partenaires) ont été adaptés pour tenir compte de trois parcours différents: aucun contact avec une intervenante du PSJP; un contact plutôt secondaire avec des intervenantes qui agissent principalement auprès de la mère; et des contacts avec une personne qu'ils considèrent comme leur intervenante privilégiée.

3.3.2 Entretiens avec les intervenantes

Trois thèmes ont fait l'objet des entretiens, lesquels furent complétés par un bref questionnaire sociodémographique (Annexe H.10). Il s'agit de:

- leur pratique d'accompagnement privilégiée, avec une attention particulière accordée au contenu de leur intervention, à ce qui fonctionne bien ou moins bien, à leur relation avec les parents et aux espaces dans lesquels se déroule l'intervention;
- leur rôle en tant qu'intervenante privilégiée;
- leur expérience de collaboration avec l'équipe interprofessionnelle et d'autres ressources du RLS.

Les intervenantes ont utilisé cette opportunité pour partager leur appréciation du programme et des dispositifs de soutien à leur endroit. Elles ont raconté leur intervention tout en la situant dans le contexte particulier de l'organisation de leurs équipes. Selon plusieurs, cet entretien s'est avéré un exercice exigeant à travers l'occasion que cela procurait de réfléchir sur sa pratique en des termes rarement abordés au quotidien.

3.4 Gestion et analyse des données

Tous les entretiens ont été transcrits *verbatim*³⁴. Ces derniers et des synthèses descriptives rédigées pour chaque entretien, incluant le profil du participant selon les données des entrevues structurées effectuées en période prénatale et des observations relatives au déroulement de la rencontre, ont été gérés à l'aide du logiciel ATLAS.ti (Muhr & Friese, 2004). Pour les besoins de ce rapport, seuls les propos relatifs à l'intervention auprès de jeunes femmes ont été considérés.

L'analyse qualitative comporte un processus d'immersion dans les données, de codification par voie de procédés de comparaison constante et de génération successive de thèmes à travers un retour continuels aux *verbatim* pour raffiner et vérifier les interprétations (Creswell, 2008; Huberman & Miles, 2003; Lincoln & Guba, 1985; Tesch, 1990). Une première codification de chaque entretien fut complétée à l'aide de catégories préétablies et émergentes. Des exercices de contre-codage ont été effectués pour assurer une compréhension partagée du lexique de codification entre trois agentes de recherche. Des mémos interprétatifs et des modélisations ont été rédigés, particulièrement en lien avec la conceptualisation de la pratique d'accompagnement élaborée (cf. Figure 10). Ceci a permis de structurer une analyse thématique (Paillé & Muchielli, 2010) en fonction des *patterns* repérés. Les résultats sont présentés selon une forme narrative, avec des extraits de *verbatim* à titre d'illustration et de validation.

3.4.1 Analyse des données d'entretiens prénataux

Cette analyse a débuté avec 16 entretiens effectués auprès de huit jeunes femmes et leurs intervenantes. Bien que deux autres dyades aient été rencontrées durant cette période, ce matériel a été considéré à titre complémentaire puisque les intervenantes étaient peu en mesure d'élaborer leur propos sur l'intervention. Aussi, les données de sept dyades ayant débuté leur participation aux entretiens à 6 mois de vie du bébé (n = 14 entretiens) ont également été considérées à titre complémentaire pour valider et compléter les analyses prénatales. Bien qu'il ne s'agisse pas du même contexte temporel, ces jeunes femmes étaient invitées à raconter leur expérience de la grossesse; et les deux personnes de chaque dyade ont élaboré leur expérience relative à l'amorce du parcours de l'intervention PSJP. Le Tableau 29 présente l'échantillon de participantes et d'entretiens considérés pour les analyses qui ont permis de dresser un portrait de la relation d'accompagnement prénatale. Des analyses transversales ont

³⁴ Ceci inclut les propos de chaque acteur, le ton s'il change de manière marquée, les sons émis (rires, pleurs), les hésitations et les silences prolongés (plus de 10 secondes). Il s'agit de rendre avec justesse les propos des répondants, tout en réduisant la menace d'invalidation d'une description (Poland, 2002). Tous les noms mentionnés durant l'entretien sont remplacés par des noms fictifs. Le transcripteur a souligné les zones peu audibles afin que l'agente de recherche puisse apporter des clarifications, si possible. Les cinq premières transcriptions, puis environ une sur cinq, ont fait l'objet d'une écoute intégrale par les agentes de recherche afin d'assurer la fidélité de cette étape de traitement des données.

été effectuées pour les jeunes parents et des intervenantes privilégiées séparément, puis par dyade lorsque possible.

Tableau 29. Expérience de l'intervention d'accompagnement prénatal PSJP - Participantes et entretiens retenus pour analyse

Participantes	Entretiens retenus pour l'analyse qualitative	
	Analyse principale	Analyse complémentaire
Jeunes femmes	8	7
Infirmières	3	5
Travailleuses sociales	5	2
Total	16	14

3.4.2 Analyse des données d'entretiens postnataux

Cette deuxième analyse combine 22 entretiens provenant de 12 jeunes femmes rencontrées à 6 et 18 mois de vie du bébé. Comme les propos reflètent peu de différences entre les périodes ou selon les réalités de vulnérabilité sociale des jeunes femmes, les analyses effectuées combinent généralement les données de toutes les participantes, aux deux temps de rencontre. D'autre part, 17 entretiens provenant de 13 intervenantes, soit huit infirmières et cinq travailleuses sociales, ont fait l'objet d'analyses postnatales. Encore ici, le discours rend compte de peu de différences, quelle que soit leur profession, la période ou leur contexte d'intervention particulier, ce qui fait en sorte que les résultats combinent les propos des 13 intervenantes aux deux temps de rencontre. Il n'a pas été possible d'identifier de patterns particuliers lorsque ces dyades postnatales ont été examinées de plus près; ni lors d'un examen prospectif des cas pour lesquels deux à trois temps de mesure étaient disponibles.

4. Résultats

Les résultats sont présentés en trois sections. Premièrement, il s'agit de rendre compte de particularités propres à chaque acteur, soit les jeunes femmes et les intervenantes privilégiées, en interaction à travers la relation d'accompagnement. Deuxièmement, l'expérience de l'accompagnement privilégiée est présentée selon le point de vue de chaque acteur en y distinguant les périodes d'intervention prénatale et postnatale. Troisièmement, une mise en perspective des résultats, à la lumière de la modélisation de la relation d'accompagnement (cf. Figure 10), complète les résultats de cette analyse qualitative.

4.1 Les jeunes femmes et les intervenantes en interaction: particularités des acteurs

Les thèmes suivants permettent, d'une part, de comprendre la posture particulière des jeunes femmes quant aux transitions qu'elles vivent; et, d'autre part, de mettre en exergue des moyens

que privilégient les intervenantes dans la pratique d'accompagnement. Ces éléments établissent le contexte à partir duquel comprendre l'expérience et la trajectoire de l'intervention d'accompagnement dans le cadre du PSJP.

4.1.1 Les jeunes femmes et la maternité précoce: une expérience généralement positive marquée par une logique de responsabilité

4.1.1.1 La grossesse et de la maternité: une expérience généralement positive

Dans l'ensemble, la grossesse n'est pas un événement planifié par les jeunes femmes, même pour celles qui souhaitaient une telle éventualité. Lorsqu'elles apprennent la nouvelle, leurs réactions varient entre le choc, la tristesse, la surprise et la joie. Néanmoins, il s'agit généralement d'un événement heureux, même si ce n'est pas nécessairement perçu de la sorte par le conjoint ou la famille.

La décision de poursuivre la grossesse est exprimée, par les jeunes femmes, comme étant leur propre choix. Ultimement, cette décision est prise seule, qu'elles aient un conjoint ou non, quel que soit l'avis de leur famille. Elles réfèrent à un «*geste de responsabilité*». Selon cette logique, l'avortement ne semble pas être une option. Il s'agirait plutôt d'une avenue pour celles qui «*n'ont pas le choix*». Ce choix, et la responsabilité qui s'ensuit, ne sont toutefois pas pris à la légère. Une jeune femme résume:

C'était très dur. J'ai pensé, est-ce que je le garde, est-ce que j'avorte ou je le garde ? Puis à la fin, bien, j'ai décidé de le garder. Je ne m'y attendais vraiment pas, mais vraiment pas (...). Je me suis dit, si j'avorte, ma vie va continuer, tu sais, parce que je suis encore jeune. Je pourrai continuer mes activités. Mais d'un autre bord, si je le garde aussi ça va être beaucoup de responsabilités, mais c'est aussi ma responsabilité de tomber enceinte, de prendre mes responsabilités et tout. Comment je peux expliquer ? J'étais vraiment entre les deux. Puis j'ai choisi de le garder (...).

Après l'accouchement, il semble que la maternité soit vécue de manière encore plus positive, comparativement à ce que les jeunes femmes ont vécu durant la grossesse. Elles ne remettent toujours pas en question la décision d'avoir poursuivi cette grossesse; et racontent que leur situation n'est pas aussi catastrophique qu'envisagée ou annoncée par leur entourage:

Je pensais que ça allait être plus dur. Mais c'est pas aussi dur que ça là. C'est facile. (...). Il y a rien de compliqué à être mère là. C'est plus facile que ce que je pensais.

En tous cas, je m'attendais à ben pire. On dirait que tout le monde essaie de te faire peur, un peu, au début: «Ah, c'est pas facile un enfant, ça coûte cher», tout ça. Mais en tous cas, moi je trouve pas.

Elles s'organisent avec des «*budgets serrés*», accumulent des dettes au travers de déménagements successifs, et éprouvent parfois des difficultés à payer l'épicerie, le loyer ou le transport. Par contre, les jeunes femmes situent ces conditions dans une certaine normalité: «*c'est normal*». En quelque sorte, il s'agirait de la poursuite d'une trajectoire déjà vécue et connue... et qui comporte, pour le moment, un potentiel positif

Ainsi, malgré des défis à relever, il y a un sens positif et renouvelé à leur vie. Avoir un enfant «*apporte du bonheur*», «*ça rend heureux*», c'est «*un beau cadeau*», «*une belle expérience*», «*la plus belle chose au monde*»... ce qui fait que «*tu oublies vite les moments les plus tough*». Une jeune femme raconte qu'elle ne peut plus s'imaginer sans sa fille. Et lorsque nous les rencontrons à nouveau, une année plus tard (à 18 mois), les appréhensions qu'elles avaient durant les premiers mois de vie de leur enfant, ne se sont pas matérialisées de manière absolue: «*Enfin, y a des moments difficiles, mais tellement de moments magiques que ça efface le plus négatif*».

4.1.1.2 Des projets marqués par une logique de responsabilité

La grossesse et la maternité comportent des responsabilités qui se traduisent au travers deux projets inter reliés, soit celui d'être et de devenir une bonne mère et celui de retourner à l'école ou de poursuivre leurs études.

i) Être et devenir une bonne mère

En fin de grossesse, une jeune femme résume bien ce projet lorsqu'elle précise qu'elle a «*la tête au bébé*». Toutes concentrées sur le moment présent, elles souhaitent faire de leur mieux pour leur enfant à naître, afin qu'il soit «*en bonne santé et qu'il grandisse bien*». **Être une bonne mère** signifie «*prendre soin*» de son enfant et le «*protéger*» de personnes jugées néfastes ou d'expériences qu'elles ont vécu. Cela signifie aussi de «*penser à une autre personne que soi*», de prioriser les besoins de l'enfant avant les siens, voire de se priver pour que le bébé «*ne manque de rien*». De ces propos ressort un certain effacement de soi. Plusieurs semblent concentrées sur leur identité de mère, en reléguant au second plan leurs besoins en tant que jeunes femmes.

Avec l'arrivée du bébé, ces jeunes femmes racontent comment elles tentent de prendre du «*temps de qualité*» avec leur enfant; en plus de subvenir «*le mieux possible à ses besoins*», que soit au plan matériel ou développemental. L'enfant est au cœur de leurs préoccupations, tandis que plusieurs tentent de ne pas reproduire une part de leur enfance lorsqu'elles racontent qu'elles essaient «*d'être la mère que [sa] mère n'était pas*» ou de «*détourner le cercle vicieux*». Elles expriment alors leurs préoccupations, voire des inquiétudes, quant à la capacité de leur enfant de se situer «*dans les normes*» développementales, pour qu'il puisse s'inscrire dans une trajectoire de vie différente de la leur. Par exemple:

«*J'aimerais qu'il... qu'il fasse pas comme moi (rires) (...) qu'il aille à l'école euh, qu'il... qu'il... prenne plaisir à sa vie, euh qu'il vive sa vie comme un enfant au complet, tu sais... pas comme moi qui l'a arrêtée. Euh parce que j'ai décidé de l'avoir. Tu sais qu'il vive sa vie vraiment au max pis que... qu'il étudie, qu'il fasse ce qu'il veut... c'est ça. Oui, c'est ça.*»

Ainsi, la peur d'être une «*mauvaise mère*» demeure en filigrane pour plusieurs d'entre elles. Il leur importe donc de suivre les conseils des «*intervenants*» ou des «*spécialistes*» pour «*bien s'occuper*» de son enfant, voire le «*protéger*». Cette logique, toutefois, fait en sorte qu'il est difficile, durant la première année de vie de leur enfant, de recourir et de faire confiance à des services de garde, au risque de laisser son enfant «*entre les mains des mauvaises personnes*».

Devenir une bonne mère s'inscrit, en quelque sorte, dans la continuité de l'expérience généralement positive de la maternité. Ce projet se réalise et se reconnaît à travers les multiples apprentissages quant aux soins quotidiens du bébé ou dans les capacités acquises, comme celle de reconnaître les pleurs de l'enfant: «C'est ton bébé là. Tu finis par comprendre pourquoi qu'a pleure, tu sais. Toi [l'intervieweuse], tu le sais pas, peut-être pas, pourquoi, mais moi je le sais, tu sais.» Il s'agit ainsi d'un certain enchaînement de réussites, d'un accomplissement personnel, générateur de valorisation:

On dirait que la meilleure partie de moi c'est ma fille [qui se développe selon les normes attendues]. Tu sais c'est, quand je marche dans rue je me dis, hey le monde pense juste que je suis une petite fille, mais j'ai une fille moi aussi là, tu sais. Et on dirait que je me valorise avec ma fille. (...) Je sens que j'accomplis quelque chose. Je sens comme je sers à quelque chose maintenant. Avant je trouvais que, pas que ma vie était pas complète, mais si j'avais pas eu d'enfant, ça aurait jamais été, j'aurais pas [été] complète. Tu sais il y en a qui ont besoin de se marier dans la vie, moi j'avais besoin d'avoir un enfant. Pis quand j'ai un enfant, je sers à quelque chose.

Fait à signaler, ce parcours «de jeune fille en crise d'ado, à une mère mature», semble faire en sorte que «le jugement des autres» soit moins préoccupant, avec le temps et les responsabilités endossées. Une jeune femme raconte:

Avant, quand j'ai accouché ça me dérangeait. Je sortais pas beaucoup parce que je le savais, je me disais: Ah, tu sais, je le sais j'ai l'air jeune pis bon, tu sais... «bon une autre qui va lâcher l'école!». Pis j'avais peur des préjugés. Mais maintenant je suis comme... Tu sais, je suis en train de me réaliser, fait que j'en n'ai rien à foutre des autres là. Tu sais, combien de monde qui ont leur maison à 21 ans? Pis je suis en train de finir mon diplôme, fait que je le sais que je suis capable. Fait que là les autres là, pfftt. Who cares? Tu sais. Je m'en fous complètement.

Considérant leur situation, ces jeunes femmes estiment, somme toute, qu'elles réussissent à relever le défi et à devenir de bonnes mères. Une résume ce propos:

Ben je pense que je suis une très bonne mère, premièrement pour l'âge que j'ai là. Pour l'âge que j'ai, je me débrouille beaucoup, beaucoup, beaucoup. Euh, des fois je me sens vraiment tout seule là, tu sais, je l'élève tout seule par bouts on dirait là. Mais, tu sais, je suis une très bonne mère, pis je ne mets pas mon enfant de côté, je pense toujours à elle avant (...). Comme je pense que la majorité des mamans feraient là. Pis à mon âge je trouve que je suis quand même très très bonne.

ii) **Retourner à l'école ou poursuivre ses études**

Le retour à l'école et l'obtention d'un diplôme permettant de décrocher un «bon emploi, que tu aimes» constituent des préoccupations importantes qui apparaissent spontanément liées aux responsabilités parentales qu'endossent les jeunes femmes.

Pour la majorité, avant même d'avoir accouché, il y a urgence et nécessité d'assurer un retour aux études. Par exemple:

Je veux vraiment continuer à aller à l'école. Je ne veux pas lâcher, tu sais. C'est quelque chose d'important pour moi (...). Parce que je me dis que si je n'ai pas de diplôme, bien je ne pourrai pas faire ce que je veux plus tard, le métier que je veux.

Par ailleurs, constatant leur capacité d'élever un enfant, de relever le défi «*comme les autres*», certaines y puisent encore davantage la motivation de «*faire quelque chose de sa vie*», ainsi qu'une certaine confiance en l'avenir, ce qui renforce leurs ambitions de retour aux études. À titre d'exemple:

C'est grâce à elle d'un sens, mais si je, si j'aurais pas eu d'enfant là, j'aurais pas retourné à l'école là, ça me servait à rien là. C'était vraiment pour pas euh, justement, rien faire là. Pis ça, travailler au salaire minimum là. C'est elle qui fait que j'ai un métier pis je va essayer du mieux que je peux d'y, d'y montrer que, justement, la persévérance ça mène à quelque chose là.

À plus long terme, ce projet correspond à l'aspiration d'offrir une «*belle vie à son enfant et sa famille*». Les jeunes femmes rencontrées souhaitent «*une vraie vie d'adulte*», avec une maison, une auto et d'autres enfants (peu parlent d'un conjoint). Le retour à l'école s'inscrit donc dans un cheminement d'amélioration de ses conditions de vie, une quête d'autonomie et d'un certain idéal. Ce projet prend toutefois un aspect plus réaliste avec le temps, dans la formulation d'objectifs à plus court terme, selon la «*théorie des petits-pas*», pour maintenir une certaine motivation.

Ainsi, dès l'âge de 6 mois de vie du bébé, deux trajectoires distinctes se dessinent. Dans la première, il y a évidence d'une mise en mouvement du projet de retour à l'école. Les jeunes femmes ont entrepris leurs démarches pour un retour prochain ou elles sont déjà aux études, parfois même après plusieurs années de décrochage. Il s'agit d'un «*recommencement*», voire d'une «*nouvelle vie*». Dans la deuxième trajectoire, le retour à l'école se situe désormais dans un horizon à moyen terme. Les jeunes femmes sont plutôt centrées sur leur organisation de vie familiale et demeurent «*en mode réflexion*» face au retour à l'école. Elles disent profiter du moment présent avec leur enfant. Ceci dit, quelque soit la trajectoire, elles abordent peu les questions relatives au travail. Il s'agit généralement d'une nécessité dans l'immédiat, où l'emploi occupé ne concorde pas d'emblée avec les projets d'études envisagés.

Fait à signaler, la plupart des jeunes femmes racontent que c'est leur volonté, leur motivation personnelle et la croyance en ses capacités qui s'avèrent les éléments «*les plus aidants*» dans la poursuite de projets de retour à l'école. La responsabilité de la réussite leur revient, ce qui n'est pas sans rappeler cette *injonction à l'autoréalisation* qui caractérise nos sociétés modernes (Astier, 2007). Elles désirent «*s'arranger avec [leurs] affaires*» et ne pas «*se faire déranger par les autres*». Pour celles engagées dans des études, la plupart racontent avoir initié les démarches par elles-mêmes, sans l'aide de l'intervenante du PSJP. Selon leur point de vue, les intervenantes les aidaient une fois le processus initié, ceci à *condition* qu'elles aient fait part de leurs démarches ou de besoins de soutien. Autrement, les jeunes femmes perçoivent recevoir davantage d'aide de la part de leur réseau rapproché ou de leur famille, en termes d'encouragements, d'aide financière ou de transport ou de gardiennage. Il est possible que ce type d'aide, plus concret, soit plus facile à mettre en évidence que les apports intersubjectifs de l'accompagnement offert par les intervenantes.

4.1.2 Les intervenantes privilégiées et les moyens de l'accompagnement

Au travers la narration de leur pratique, les intervenantes rendent compte, de manière récurrente, de deux moyens qu'elles emploient pour réaliser l'accompagnement privilégié. D'une part, elles tentent de conjuguer des postures de proximité et de distance à travers le lien qu'elles s'activent à construire avec les jeunes femmes. D'autre part, leur intervention vise à «répondre aux besoins» des familles.

4.1.2.1 Conjuguer des postures de proximité et de distance

Quelque soit leur profession ou le nombre d'années d'expérience, les intervenantes racontent une démarche similaire: pour faciliter l'établissement d'un lien signifiant avec les jeunes femmes, elles mettent à profit leurs savoirs expérientiels personnels, tout en tenant de conserver une certaine distance.

Ainsi, lorsqu'elles estiment qu'il est opportun, il leur arrive d'évoquer leur propre expérience, particulièrement à travers des exemples de leur vie de couple ou de maternité. Par ce moyen, elles tentent de «*dé-dramatiser certaines situations*», ou d'en «*normaliser*» d'autres, afin que les jeunes femmes se sentent comprises dans ce qu'elles vivent. Il s'agit également d'offrir des scénarios pour les aider à faire face à des situations qu'elles vivent. Ce partage d'expérience contribuerait aussi à assurer une certaine crédibilité auprès des jeunes femmes. Une intervenante raconte:

J'ai cette sensibilité-là de plus, probablement, qu'une personne qui n'a pas eu d'enfant. Pis ça ajoute de la crédibilité, tu sais, quand je donne des informations ou des exemples. Le fait que je sois passée par là [la maternité], je pense que ça donne une certaine crédibilité.

Du même souffle, elles soulignent l'importance de conserver une certaine «distance» et de ne pas entrer dans les détails de leur vie personnelle. Il importe essentiellement de se protéger face à «*la lourdeur des situations difficiles que vivent les jeunes*»:

C'est sûr qu'il faut... on est empathique à leurs problèmes (...) donc c'est de garder une distance pour pouvoir être aidante. Tu sais, des fois, il faut faire attention là-dedans. Parce que ça nous affecte. Puis il faut garder le lien thérapeutique.

4.1.2.2 La volonté de répondre aux besoins

L'intervention d'accompagnement est marquée par la volonté de «répondre aux besoins», tout particulièrement «*ici et maintenant*» durant la grossesse et les premiers mois de vie du bébé. Le discours des intervenantes est donc riche d'exemples relatant l'identification de besoins, ainsi que l'évaluation et l'intervention en réponse aux demandes des jeunes parents, dans la continuité des démarches planifiées lors de rencontres précédentes. Le propos suivant résume cette conduite:

Je commence souvent la rencontre avec le moment présent: «comment ça va?». Ça m'aide à savoir quels sont les besoins et à réévaluer, au cas où. Je fais un retour sur la dernière rencontre, sur les choses que les parents devaient avoir fait [en réponse aux besoins identifiés et au plan d'intervention], comme des démarches pour l'aide sociale, pour le logement... et sur les questions qu'ils ont pu avoir suite à la dernière rencontre.

Les besoins, qu'ils soient déterminés par les objectifs du programme ou les demandes des jeunes parents, renvoient principalement à des conditions matérielles et informationnelles auxquelles il importe de répondre à court terme, que ce soit en prévision de l'arrivée du bébé ou en soutien aux compétences parentales et au développement du bébé. Autrement, les intervenantes confirment qu'une moindre attention est accordée aux projets de retour à l'école, surtout durant la grossesse ou les premiers mois de vie du bébé. Elles semblent s'accorder à l'effet que le retour projeté à l'école devrait avoir lieu au terme de la première année de vie du bébé, voire durant sa deuxième année de vie: «*les parents devraient prendre leur temps, ils ne sont pas rendus là*». À ce titre, une intervenante raconte:

Ce n'est pas quelque chose que je travaille beaucoup en prénatal. Parce que ce n'est pas là qu'ils sont. (...) Fait que moi je focus pas là-dessus. Mais je leur souligne, en prénatal, que les rêves sont encore possibles malgré le bébé.

Par ailleurs, la volonté de répondre aux besoins justifierait, en quelque sorte, le choix des lieux d'intervention. À ce titre, les visites à domicile, qui sont «*plus intimes pour les parents*», et qui permettent de prendre connaissance du milieu de vie des familles, constitueraient un moyen d'intervention privilégié pour répondre aux besoins. Une intervenante précise :

Le fait de travailler à domicile, on voit vraiment le milieu du client. Ça fait que je trouve ça plus facile, justement, de répondre à leurs besoins (...) avec la famille. Tu sais, on ne voit pas juste une personne, [on] ouvre un peu notre vision, [on] fait le tour.

Cette entrée dans l'intimité des familles nécessite, toutefois, une certaine délicatesse de la part des intervenantes: elles ne veulent pas donner l'impression qu'elles font enquête ou qu'elles viennent «*inspecter les lieux*». Il s'agit de ne pas contrevenir au lien de proximité et de confiance qu'elles essaient d'établir. D'autre part, dans l'optique de répondre à des «*besoins de soutien social*» ou pour «*faire connaître leurs besoins*» aux autres membres de l'équipe interprofessionnelle, les intervenantes privilégient quelques rencontres au CLSC durant la période prénatale.

4.2 L'expérience de l'accompagnement privilégié

L'expérience de l'accompagnement privilégiée est présentée, dans ce qui suit, selon le point de vue de chaque acteur en y distinguant les périodes d'intervention prénatale et postnatale.

4.2.1 Trois expériences d'accompagnement privilégié prénatal

L'analyse qualitative, selon des dyades de jeunes femmes et leur intervenante, a permis d'identifier trois expériences d'accompagnement privilégié prénatal.

4.2.1.1 L'accompagnement centré sur le rythme des jeunes femmes

i) Le point de vue des jeunes femmes

Les jeunes femmes de ce groupe se sont présentées elles-mêmes au CSSS pour obtenir de l'aide. Ni elles, ni les pères biologiques n'avaient souhaité cette grossesse; et la relation de couple, plus ou moins stable, a pris fin durant la grossesse, à l'initiative de l'un ou l'autre des partenaires. Il s'agit de jeunes femmes qui en situation de précarité matérielle et sociale. Au

moment de l'entretien, elles ne travaillent pas et ne vont pas à l'école. Elles reçoivent des prestations de la sécurité du revenu ou sont soutenues financièrement par leurs familles. Toutes ont fait état de circonstances récentes difficiles, depuis le début de la grossesse. Par exemple, une a dû déménager d'un environnement comportant des activités criminelles; un proche parent était aux prises avec un problème de santé mentale ou de consommation abusive de drogues ou d'alcool; ou elles ont vécu des épisodes de violence conjugale. Bien qu'elles se sentent soutenues par leurs parents et amis dans leur décision de poursuivre la grossesse, ce réseau est généralement restreint.

Dès leur inscription au programme, elles ont identifié des besoins précis à combler pour poursuivre leur grossesse, particulièrement en termes de ressources matérielles et informationnelles. Elles ont d'emblée accepté le suivi qui leur était proposé, quelque soit l'intervenante. Par la suite, une fois des réponses obtenues aux besoins qu'elles avaient formulé, ces jeunes femmes ont éventuellement identifié d'autres besoins, au fil des apports des intervenantes. La référence et la mise en réseau avec des ressources locales pour l'obtention de vêtements, d'aide alimentaire ou l'accès à des logements adéquats, fut particulièrement appréciée par ces jeunes, vu leurs conditions de vie précaires.

Fait intéressant, elles ont toutes exprimé que les intervenantes répondaient à leurs besoins et qu'elles étaient en accord avec les démarches entreprises pour leur venir en aide. L'intervention concorde avec leurs attentes: *«Ça comble mes besoins. Même encore plus que qu'est-ce que je m'attendais.»* Une autre a signalé qu'elle ne pouvait *«en demander plus»* tant elle se trouvait satisfaite de l'aide reçue. *«Le CLSC s'investit beaucoup avec moi (...) Pis je pense que ça m'a aidée. Ca m'a beaucoup aidée, oui. Beaucoup aidée.»*

Selon ces jeunes femmes, le malaise d'une nouvelle relation avec une intervenante s'est vite dissipé. *«Disons que j'étais un peu gênée. Mais après avec l'habitude ... ça s'est bien passé là, oui. Maintenant on est correctes, on est quand même assez amies. Oui. (...) on est proches.»* Ainsi, ces jeunes femmes apprécient le lien de proximité que leur offre l'intervention; certaines s'identifient même à leur intervenante, étant donné son expérience de vie comme mère ou conjointe. Elles se sentent *«à l'aise»* et constatent qu'elles peuvent *«parler de tout»* ou *«demander des conseils sur n'importe quel sujet»*, sans être jugées. Une précise, avec vigueur: *«Pour vrai là, elle est super gentille pis euh... tu peux parler vraiment de n'importe quoi avec elle aussi là, elle ne va pas te juger».* Elles se disent *«confortable»*, *«en confiance»*, *«comprise et écoutée»*, ce qui fait qu'elles sont elles-mêmes réceptives aux sujets que leur proposent les intervenantes. Elles sentent que ces dernières sont disponibles pour elles.

Enfin, ces jeunes femmes réfèrent au *«bien»* que leur procurent leurs moments d'entretiens privilégiés. Une affirme que son intervenante réussit à *«calmer ses peurs»*. Une autre illustre le travail sur soi dans lequel elle s'est engagée avec l'intervenante qui l'accompagne:

On dirait qu'elle posait les questions pour que je dise les affaires que j'avais en dedans de moi, pis ça m'a fait du bien. (...) Je me sens en confiance avec elle. J'ai quand même dit des affaires, par rapport au sujet avec mon père, c'est quelque chose dont je ne parle pas

beaucoup avec beaucoup de monde. (...) La violence de mes parents ça m'a, ça m'a affecté. Mais c'est quelque chose que j'ai toujours gardé en dedans de moi. Le fait de l'avoir discuté avec elle, ben ça m'a fait du bien.

ii) Le point de vue des intervenantes

Face à cette clientèle en situation de précarité qui exprime assez clairement des demandes au départ, la principale action est d'identifier les besoins d'intervention selon un ordre de priorité, à partir des besoins urgents et des souhaits exprimés par la jeune femme, et d'y répondre le plus rapidement possible. Dès la première rencontre, une fois qu'elles ont expliqué ce qu'est le PSJP, et leur rôle en tant qu'intervenante, elles s'assurent de cerner les besoins prioritaires, «*de base*», avec ces jeunes. Lors de chacune des rencontres subséquentes, un scénario similaire se répète: elles tentent de procéder à une évaluation pour «*faire ressortir les problématiques sur lesquelles travailler ensemble*» ou pour être en mesure de «*miser sur les intérêts*» de la jeune femme. Une intervenante précise:

Moi personnellement, j'y vais beaucoup par le problème que la cliente m'amène. Le besoin de la cliente, ou son intérêt, elle ne le nomme pas nécessairement en problème (...) j'ai plutôt tendance à faire comme ça plutôt que d'appliquer [nos] grilles.

À cet égard, le discours des intervenantes rend compte d'«*ajustement*» et de «*souplesse*» dans l'intervention; et de la nécessité de «*respecter le rythme*» tout en demeurant «*dans le moment présent*». Même si elles préparent leurs rencontres en fonction de sujets particuliers à aborder, selon les objectifs du programme, les intervenantes de ces dyades s'ajustent aux préoccupations de la jeune femme, à travers leurs réévaluations de la situation. Elles désirent connaître les priorités de la jeune femme avant d'aborder les «*priorités du programme*». Par exemple:

Moi je peux avoir un beau plan d'intervention, ma vision de leur situation, le cadre du programme... mais si elle ne voit pas, comme priorité, des sujets à aborder, (...) je vais être toute seule à ramer là. Pour moi, ça ne sert à rien.

Le respect du rythme des jeunes femmes est donc essentiel pour les intervenantes de ces dyades. Elles ne veulent pas imposer «*le rythme du programme*» ou «*brusquer*» les jeunes. Elles souhaitent les accompagner dans «*leurs urgences*» et «*saisir le bon moment*» pour les interventions. Ceci comporte non seulement de la souplesse au regard des objets d'intervention et de l'intensité appliquée, mais également en termes de disponibilité. Certaines n'hésitent pas à «*dépasser l'horaire de la journée*» pour répondre aux demandes formulées.

Au travers ces ajustements, les intervenantes de ce groupe n'expriment pas, *a priori*, d'attentes précises, d'objectifs à atteindre ou de résultats à obtenir. Néanmoins, elles croient à «*la nécessité de persister*» pour soutenir certains processus de changement, ce qui suscite des réflexions sur l'équilibre à instaurer entre «*la structure et la souplesse*». En définitive, la réponse aux besoins, au rythme des jeunes femmes, est une manière d'entrer en relation et d'installer une proximité, pour créer un «*lien de confiance*». Toutefois, la relation de confiance, comme possibilité, n'est pas une fin en soi, programmable et nécessairement atteignable, selon ces intervenantes. Elles s'emploient alors à «*jouer franc jeu*» en partageant leurs évaluations de la

situation; et à discuter avec les jeunes de plans d'intervention pour s'assurer de leur accord. Leur discours réfère à une posture où elles se situent «avec» les jeunes femmes, «à côté», «à proximité» ou «ensemble». La relation est généralement qualifiée de positive, puisque les jeunes femmes sont «réceptives» et «ouvertes au suivi»; et qu'elles «mettent de l'effort» et «tolèrent» même d'aborder des sujets difficiles.

Pour les dyades de ce premier groupe, l'accompagnement prend donc forme à partir de besoins exprimés par des jeunes femmes particulièrement vulnérables, en situation de précarité et d'urgence. L'ajustement de l'intervention, au rythme des attentes et des besoins, concourt à créer un espace de proximité. Les intervenantes étant davantage centrées sur le rythme de cette dynamique, que sur des objectifs précis qu'il importe d'atteindre, selon les paramètres du programme, peuvent certes éprouver le besoin de questionner leur pratique. Il n'en demeure pas moins que l'ajustement et la souplesse qui qualifie l'intervention, chemin-faisant, fait en sorte que l'accompagnement persiste et se maintient.

4.2.1.2 Un accompagnement fragile

i) Le point de vue des jeunes femmes

Tout comme les jeunes femmes décrites plus haut, celles-ci ont pris l'initiative de chercher de l'aide au CSSS. La grossesse, bien que non planifiée, faisait partie des projets du couple. Néanmoins, ce projet se réalise plus tôt que prévu: «*On en voulait un, mais pas là là. (...) mais on l'a pris comme ça vient*». Depuis peu, elles habitent avec le père de l'enfant à naître. Ceux-ci sont heureux de la grossesse. Ils ont déjà une expérience de paternité, ce qui rassure les jeunes femmes quant à leur décision et à l'avenir. Elles se sentent également soutenues par leurs parents qui les appuient dans ce choix de vie; par contre, elles font peu mention d'amies dans leur réseau social. En termes de conditions de vie, ces jeunes éprouvent moins de précarité ou de situations de vie difficiles que celles dont il est question dans les dyades précédentes. Leurs conjoints ont des occupations, que ce soit à l'école ou au travail.

Dès leurs premiers contacts avec le PSJP, ces jeunes femmes ont identifié des besoins à combler. Par exemple, une voulait un médecin de famille. Une autre voulait des coupons OLO et «*(...) des informations aussi que je voulais. Vu que j'étais jeune pis euh je, je n'avais pas vraiment gardé de bébé quand j'étais toute petite là*». Lorsque les services leur ont été offerts, elles ont accepté, quelque soit le nombre et la profession des intervenantes proposées. De manière générale, les besoins qu'elles avaient identifié au départ ont été «comblés» et elles considèrent que «*c'est facile*» de rejoindre leur intervenante si elles en ressentent le besoin. Elles se sentent «à l'aise» et racontent qu'elles peuvent parler de «*plein de choses*». Elles apprécient leurs intervenantes, car «*... elle s'intéresse à toutes les dimensions de ma personne*», «*elle pense à moi pour (m'offrir) de l'aide*».

Toutefois, les jeunes femmes de ces dyades se distinguent des précédentes. Elles établissent une certaine distance vis-à-vis des intervenantes et des services disponibles. Elles signalent leur désir de préserver un espace d'autonomie et de faire les choses par elles-mêmes: elles

sont «*capables seules*». Aussi, une fois qu'elles obtiennent réponse à leurs demandes, elles remettent en question l'intensité de l'accompagnement. Elles ne sentent pas le besoin de recourir aux ressources du milieu dont leur font part les intervenantes; elles trouvent parfois longues les rencontres; et elles jugent plus ou moins pertinents certains des sujets abordés.

ii) Le point de vue des intervenantes

Dès la première rencontre, les intervenantes de ces dyades racontent qu'elles misent sur la création du lien de confiance. «*Pour moi, je cherche juste à avoir une relation de confiance pour qu'elle accepte que j'y retourne [à domicile] le plus possible*». Selon elles, un tel lien, «*exigé par le programme*», devrait faciliter l'intervention et le suivi à plus long terme. La confiance s'avère instrumentale à l'identification de besoins et à l'élaboration d'un plan d'intervention.

Le plan d'intervention occupe une place importante dans l'accompagnement. Il doit «*couvrir*» les thèmes et «*atteindre les objectifs*» fixés par le programme. Bien qu'il soit ajusté pour s'assurer que «*les besoins des jeunes parents [soient] pris en compte*», le discours des intervenantes n'indique pas dans quelle mesure ces plans font l'objet d'une entente ou d'une discussion avec les jeunes. Selon les objectifs fixés, l'accompagnement vise à «*faire cheminer*» les jeunes, à «*susciter la mobilisation pour un changement*», «*pour qu'ils passent eux-mêmes à l'action*», deviennent «*autonomes*» ou «*cessent d'être au ralenti*». À l'occasion, les intervenantes décident de «*faire les choses à leur place, pour s'assurer que ce soit fait*», surtout si elles jugent que certains besoins de base ne sont pas traités. Il peut même leur arriver d'instaurer une certaine urgence, à l'aide d'un échéancier, pour favoriser la mise en mouvement souhaitée. Par exemple:

Il faut qu'on leur dise qu'on a une limite. Pour amener un changement, il faut qu'ils sentent qu'il y a une limite dans le temps. Sinon, c'est comme... tu sais, ça fait 25 fois qu'on la voit pis euh... Tu sais, les changements ne se font pas.

Ces intervenantes rapportent qu'elles «*travaillent fort*» pour créer un lien de proximité et de confiance, conditions essentielles de leur intervention. Elles soulignent, par ailleurs, qu'elles doivent «*vendre*» leurs services, car les jeunes femmes n'ont pas «*une idée précise*» de leurs besoins. Une intervenante spécifie qu'il importe de «*faire parler*» les jeunes femmes, pour pouvoir «*aller au devant*» de ce qu'elles expriment afin de «*les aider à anticiper leurs besoins*».

Enfin, lorsqu'elles qualifient la relation établie avec les jeunes, elles remarquent qu'elles répondent à certains besoins, qu'il y a une «*collaboration*» qui s'installe. Il n'en demeure pas moins qu'elles caractérisent la relation de «*fragile*» et considèrent les jeunes «*réservées*», comme si elles ne souhaitent pas recevoir l'aide qui leur est offerte.

Pour les dyades de ce deuxième groupe, bien que l'accompagnement soit amorcé, et en cours de réalisation, il apparaît fragilisé. Les jeunes femmes trouvent des réponses à leurs demandes; par contre, elles ne sont pas disposées à l'engagement que comporte l'accompagnement proposé. Se sentant appuyées par leur partenaire et leur famille, l'accompagnement offert pourrait leur sembler moins pertinent. Par ailleurs, le plan d'intervention, comme dispositif central de l'accompagnement, introduit un certain accent sur

une dimension productive de changements, de résultats observables, en réponse à des besoins identifiés. Il se pourrait, toutefois, que ces besoins relèvent davantage des paramètres du programme ou de l'expérience acquise par les intervenantes, dans des situations cliniques similaires, que des besoins perçus par les jeunes femmes. Dans ce contexte, la relation de confiance sur laquelle misent les intervenantes, comme élément essentiel de l'accompagnement, trouve un écho partiel à leur engagement.

4.2.1.3 Un accompagnement sous tension

i) Le point de vue des jeunes femmes

Les jeunes femmes de ces dyades ont été signalées à l'équipe du PSJP par une ressource extérieure; et c'est «*le CLSC qui a appelé*» pour débiter un suivi, sans qu'elles en aient fait la demande. Elles ne se rappellent pas avoir eu l'opportunité de donner leur avis ni sur les services offerts, ni sur les intervenantes qui leur ont été assignées. Une jeune femme a plutôt cru qu'elle était dans l'obligation d'accepter ce suivi pendant cinq ans, comme si cela était «*une loi*»:

Mais que tu le veuilles ou pas, t'es obligée (...) C'est ça, t'as comme pas le choix d'avoir un suivi obligatoire avec eux. (...) Tu sais, ils auraient pu nous le demander si on voulait. Mais bon, on est obligées.

Ces jeunes femmes étaient heureuses lorsqu'elles ont appris la nouvelle de leur grossesse. Bien que celle-ci n'ait pas été planifiée, la grossesse n'était pas exclue comme possibilité. Leurs relations avec leurs partenaires sont récentes et elles prévoient, ou viennent tout juste, d'emménager avec le père de l'enfant à naître. Pour ces jeunes femmes, la grossesse constitue une transition vers une amélioration possible de leurs conditions de vie. Leur famille est plus ou moins présente et elles ont très peu d'amies. Contrairement aux deux groupes précédents, elles connaissent assez bien les ressources d'aide dans leur milieu. Fait à signaler, ces jeunes n'évoquent pas la précarité de leurs conditions de vie, même si elles vivent sur la sécurité du revenu, ont un réseau social limité et une relation de couple plus ou moins affirmée.

Maintenant qu'elles sont «*suivies*» par le PSJP, ces jeunes n'identifient pas d'emblée d'aspects précis sur lesquels elles voudraient obtenir de l'aide ou du soutien, bien qu'elles s'attendent à obtenir des réponses à leurs questions. Une reconnaît qu'elle «*ne sait pas tout ce qu'il y a à savoir sur la grossesse et les enfants*», mais elle précise tout de même qu'elle ne désire pas «*se sentir obligée*». Elle voudrait qu'on lui fasse confiance et pouvoir demander de l'aide quand cela lui convient: «*Si on a de quoi, tu sais, on est capable de retourner les voir.*»

Ces jeunes femmes sont toutes en contact avec plusieurs intervenantes. Elles conservent leurs coordonnées; elles savent qu'elles peuvent les contacter au besoin; et elles comprennent que chacune apporte une contribution différente. Elles précisent être «*plus à l'aise*» ou se sentir «*plus libre*» avec les infirmières ou les nutritionnistes, car elles ont l'impression d'exercer plus de choix quant aux sujets à aborder. Elles préféreraient ne pas avoir à rencontrer une travailleuse sociale qui se situe plutôt, selon elles, dans un rôle de «*supervision et de surveillance*». Il est intéressant de noter qu'elles font référence au «*CLSC*», plutôt qu'à leurs intervenantes, lorsqu'elles racontent leur expérience de l'accompagnement.

Dans l'ensemble, leur discours renvoie à une situation d'intervention prénatale qui s'avère non-concordante avec leurs attentes, voire intrusive: « [l'intervenante] *elle entre dans ta vie sans te le demander. (...) Elle s'imprime (...) Je me sens obligée de donner un morceau de ma vie à tous les coups* ». Elles estiment avoir «trop» d'intervenantes et la durée des rencontres leur apparaît inappropriée: «[Les rencontres] *sont beaucoup trop longues pour rien. Souvent (...) j'ai plus rien à dire après une demi-heure, mais la rencontre s'allonge pendant des heures.* » Autrement, la fréquence des rencontres crée une impression d'être «*tout le temps sur rendez-vous*», surtout vers la fin de la grossesse:

Comme en dernier là, tu sais, je trouve ça beaucoup parce que (...) ils sont rendus à nous voir une fois par semaine. Fait que là je trouve ça beaucoup. Tu sais, ton sept jours sur sept est occupé là. (...) Mais aux mois, c'est déjà moins pire, sauf que les trois quart du temps, ils te mettent [tous les rendez-vous] dans la même semaine ou tout séparés [dans des semaines différentes].

À certains moments, elles ne se sentent pas respectées. Leur discours reflète qu'elles doivent aborder des sujets qu'elles ne désirent pas traiter: «*J'ai pas aimé quand qu'a commencé à parler de ces sujets là. J'ai pas aimé ça parce qu'elle arrêtait pas. Pis moi, j'ai demandé d'arrêter pis elle arrêtait pas* ». Une autre précise qu'elle doit répondre à des remises en question répétées quant à la manière d'organiser sa vie et la poursuite de sa grossesse, alors qu'elle en est heureuse. Aussi concluent-elles que ce sont les intervenantes qui contrôlent la durée, la fréquence, le lieu des rencontres ou les sujets abordés, et qu'elles doivent parfois acquiescer à une intervention qui comporte certaines zones d'opacité:

C'est pas que t'as pas le droit [d'avoir des rendez-vous au CLSC], mais c'est que... Mettons, t'as beau leur dire: «Ben c'est beau, tu sais je peux y aller». Non, ils veulent pas. C'est eux faut qu'ils viennent. Parce qu'en même temps y regardent comment c'est chez-toi, si tu fais ton ménage pis si tu fais tout pour être sûr que l'enfant va être correct. (...) Fait que dans le fond t'es supervisée subtilement, sans qu'ils te le disent.

Dans ce contexte, les jeunes femmes de ces dyades ont, globalement, une appréciation plutôt négative de l'intervention prénatale. Elles reconnaissent qu'on essaie de les aider; mais elles ne s'engagent pas dans une relation de proximité: «... *parce que moi, j'y parle pas ben ben. Quand elle vient, tu sais je réponds à ses questions, mais pas plus que ça.* »

ii) Le point de vue des intervenantes

Pour les intervenantes de ces dyades, comme pour celles du précédent groupe, la principale finalité est de créer un lien de confiance pour établir et maintenir le suivi «*le plus longtemps possible* ». Comme les jeunes femmes n'expriment pas d'emblée de besoins particuliers, ou n'expriment pas ceux qu'identifient pourtant les intervenantes, ces dernières établissent des priorités d'intervention selon leur lecture de la vulnérabilité des jeunes femmes ou leurs «*inquiétudes* ». Elles ne font pas mention de discussion ou de consentement entre elles et les jeunes femmes quant à la direction de leur intervention.

Dans ces dyades, les intervenantes constatent qu'elles ont réussi à intervenir «*au niveau matériel*», mais qu'elles n'ont pas été capables d'aborder d'autres aspects qu'elles souhaiteraient pourtant. Elles ont le sentiment d'être demeurées «*très en surface des choses*» et de ne pas avoir réussi à créer le lien de confiance envisagé. Une résume la situation comme suit: «*J'ai l'impression que je l'ai jamais touché.*» La difficulté d'établir une relation d'aide est particulièrement mise en évidence pour les travailleuses sociales dans ce groupe. Elles racontent qu'elles tentent de démystifier leur rôle et «*d'enlever ce préjugé*» qu'elles vont «*placer leur enfant si elles ne sont pas une bonne mère.*»

Enfin, il semble avoir été difficile pour les intervenantes de ces dyades d'élaborer leur propos sur l'accompagnement qu'elles tentent pourtant d'instaurer avec ces jeunes femmes. Le peu d'engagement qu'elles constatent de la part de ces jeunes fut plutôt l'occasion pour elles d'aborder un ensemble de difficultés qu'implique l'intervention d'accompagnement auprès de jeunes parents vulnérables qui choisissent, «*malgré tout*», de poursuivre une grossesse. À certains égards, leur discours s'avère quelque peu réciproque à celui des jeunes parents en termes de préjugés exprimés ou d'insatisfaction mutuelle.

Pour les dyades de ce troisième groupe, l'accompagnement comporte des tensions pour les jeunes femmes et leurs intervenantes. Pour les premières, le programme est essentiellement vécu comme une imposition, voire une intrusion. Pour les intervenantes, il s'agit d'accompagner les jeunes femmes à partir de leur propre lecture de conditions de vulnérabilité, puisque ces dernières ne s'engagent que partiellement, ou peu, dans un espace relationnel d'accompagnement. Une dynamique de distanciation, plutôt que de proximité, qui comporte une certaine non-reconnaissance de l'autre, semble être à l'œuvre. La grossesse, considérée comme événement heureux, comportant un potentiel de transition pour les jeunes femmes, n'est pas conçue de la sorte par les intervenantes. Bien malgré elles, il se pourrait même que leur préoccupation au regard des conditions de vulnérabilité des jeunes femmes amplifie l'expérience vécue de vulnérabilité de ces dernières, au point que l'accompagnement offert soit difficile à soutenir.

4.2.2 Expérience de l'accompagnement privilégié en période postnatale

En période postnatale, rappelons que les analyses n'ont pas permis d'identifier de patterns particuliers selon les dyades. Les thèmes suivants se déclinent donc pour les jeunes femmes et les intervenants, respectivement.

4.2.2.1 Le point de vue des jeunes femmes

Du point de vue des jeunes femmes rencontrées, l'intervention postnatale serait principalement centrée sur le bébé, ce qui concorde avec leurs besoins et attentes, tout créant la possibilité d'un espace social sécurisant.

i) Une intervention centrée sur le bébé

L'intervention d'accompagnement postnatale serait davantage «*centrée sur le bébé*», selon les jeunes femmes. Il y est principalement question, selon elles, du suivi du poids du bébé, de sa taille, de son état de santé, de ses vaccins, de son alimentation, ainsi que de mesures de sécurité dans son environnement et son développement moteur, cognitif et social: «*On parle beaucoup du bébé en tant que tel.*» Du coup, tant les interventions d'évaluation de la condition et du développement du bébé, que la démonstration d'activités à effectuer avec le bébé, «*rassurent*» les jeunes femmes quant à leurs habiletés parentales et sont source de valorisation pour la mère. Par exemple:

Les rencontres que j'aime le plus c'est surtout quand qu'on l'examine, qu'on examine Charlie. On la met sur le tapis, pis là faut faire des exercices, des trucs. J'aime ça voir que [elle réussit]. «Ah est bonne, tu sais, est capable de faire ça là.» «Ah, bon va falloir que je travaille ça» ou «Ah ben, regarde, elle s'est tournée pis...» C'est ben excitant. (rires) Oui.

Pis ça c'est comme très valorisant. Parce que tu le sais que tu fais bien, mais se le faire dire c'est autre chose, tu sais, surtout par une infirmière qui est spécialisée là-dedans. Tu sais. Fait que je peux pas te dire quelle [rencontre] que j'ai préférée. Mais les mots d'encouragement, ça a l'air con, mais ça aide...

Les jeunes femmes se conçoivent donc moins «*au centre*» de l'intervention, ce qui leur convient généralement, puisque cela concorde avec leurs préoccupations au regard du développement du bébé. Une mère précise: «*Maintenant c'est plus LE bébé, et non moi et le bébé*». Certaines considèrent même que l'intervenante devient celle du bébé, ceci d'autant plus qu'elles initient peu de demandes, sauf pour des nécessités ponctuelles liées aux soins du bébé. Se situant moins dans «*l'urgence*», elles identifient donc moins de «*besoins*».

ii) Une relation signifiante

Pour celles qui demeurent dans le programme, l'intervention dite «*centrée sur le bébé*» s'inscrit, par ailleurs, dans une relation signifiante pour la jeune femme. Il s'agit d'une «*bonne*» relation, presque semi-formelle, à l'intérieure de laquelle l'intervenante «*à l'écoute*» est «*quasiment une amie*» avec laquelle les jeunes femmes se sentent à l'aise d'entretenir des conversations de «*maman à maman*». Ce faisant, ces dernières ont parfois l'impression de parler «*de la vie en général*». Cependant, en «*donnant des nouvelles*» aux intervenantes quant à leurs projets de retour à l'école ou leurs relations familiales ou de couple, par exemple, elles obtiennent de l'aide pour trouver une garderie, faire un budget ou remplir des formulaires permettant d'obtenir des ressources. Bref, la jeune femme agit et démontre sa capacité de «*faire toute seule*», tandis que l'intervenante écoute, valorise, encourage et soutient. L'intervention prenant pour point d'ancrage le bébé rejoint ainsi, inévitablement, les jeunes femmes dans leurs préoccupations; et concourt à une relation qui permet d'intervenir dans d'autres sphères de vie de la mère.

La continuité de l'intervention avec les mêmes intervenantes depuis la grossesse serait certes un atout pour une relation signifiante. Le verbatim suivant résume bien l'idée exprimée:

Je la connais, dans le fond, depuis que je, j'ai débuté ma grossesse. Pis elle est tout le temps là, pis toute ça, fait que tu sais c'est comme, je suis pas mal plus rapprochée de

cette personne-là que je l'ai été, que je va l'être avec n'importe qui d'autre qui vont venir là, parce que ça fait... tu sais, je suis pas mal plus en confiance avec elle que n'importe qui d'autre là.

En contrepartie, il semble que ce ne soit pas une condition essentielle à la relation. Celles qui ont dû changer d'intervenante en raison de congés, ou d'autres événements relevant de l'offre de services, laissent croire que l'intervention postnatale peut se poursuivre, même s'il faut «repartir de zéro» et que ce changement est qualifié de «gênant», «stressant» ou «difficile». Tout indique que celles qui demeurent en lien avec le programme y trouvent une certaine concordance entre leurs attentes et les services qu'elles reçoivent. Elles racontent leur appréciation de l'aide matérielle et informationnelle reçue, ainsi qu'un sentiment de valorisation dans leur rôle parental.

Ces propos sont d'ailleurs confirmés par la collecte de données effectuée auprès de la cohorte de parents à 17 mois de vie du bébé (Annexe D). Le Tableau 30 dresse un portrait de l'appréciation formulée par les 152 mères ayant reçu des services lorsque le bébé était âgé de 15 à 18 mois. Il est à signaler que le dernier indicateur rend également compte d'une appréciation favorable quant au soutien perçu par les jeunes femmes, de la part des intervenantes privilégiées, à leur pouvoir d'agir.

Tableau 30. Appréciation des services reçus par les parents en contact avec le PSJP entre 15 et 18 mois de vie du bébé

Appréciation des services reçus entre 15-18 mois de vie du bébé	Mères (N = 152)
Services ont répondu aux besoins <i>la plupart du temps</i> ou <i>tout le temps</i>	93,4%
Services répondant à des besoins liés à la parentalité et à la santé / développement du bébé sont jugés <i>les plus utiles</i>	71,5%
Il n'y a <i>aucun besoin</i> auquel les services n'ont pu répondre	94,7%
Fréquence des contacts est jugé adéquate	82,4%
Perception du soutien au pouvoir d'agir dans les interactions avec les intervenantes (indice moyen) ³⁵	2,6 [ÉT 0,4]

Par ailleurs, un indicateur global d'appréciation de l'intervention d'accompagnement auquel toutes les mères ont répondu à 17 mois de vie du bébé (N = 290) suggère que les services reçus ont généralement contribué à améliorer leur situation [score moyen 7,7; échelle de Likert où (1 = pas du tout) et (10 = beaucoup)]. Ceci dit, celles qui n'ont pas eu de contacts avec une intervenante du PSJP durant les trois mois précédant le dernier moment de collecte de données auprès de la cohorte (n = 122), rendent compte d'un score moyen d'appréciation significativement moins élevé que celles qui demeurent en contact à 17-18 mois de vie du bébé

³⁵ Échelle développée par Saint-Cyr Tribble, Gallagher, Paul, & Archambault (2003); 12 items; échelle de Likert (0 = jamais à 3 = tout le temps). Score moyen 0 à 3; alpha Cronbach: 0,87 (mères); 0,91 (pères).

(score moyen 7,1 [ÉT 1,8] vs. 8,2 [ÉT 7,1]; $p = 0.000$). Bien que la portée de cet indicateur soit difficile à interpréter, il s'agit tout de même d'une appréciation qui demeure favorable. Autrement, en termes qualitatifs, les jeunes femmes racontent que PSJP «*n'a rien changé à ma vie*»; mais qu'«*à quelque part, ils m'apportent énormément.*» L'intervention d'accompagnement postnatale qui se poursuit dans le temps comporte donc, semble-t-il, un potentiel supplémentaire.

iii) La construction d'un espace social sécurisant

À cet effet, le discours des jeunes femmes est révélateur, dans la mesure où la notion de *sécurité* y est récurrente. La présence, voire l'accessibilité des intervenantes «*en cas de besoin*», assure une certaine «*sécurité*» et un «*réconfort*»: «*T'es insécure avec quelque chose pis, tu sais, ils l'ont le tour pour te rassurer là, te sécuriser.*»

L'intervention d'accompagnement postnatal comporte, ainsi, le potentiel d'une présence bienveillante de la part d'une «*personne qui connaît presque tout*» et sur laquelle il est possible de «*compter*» et de «*se fier*». Si les jeunes femmes en ressentent le besoin, elles savent qu'elles peuvent appeler une intervenante ou faire en sorte d'obtenir une rencontre rapidement: «*... tu sais, si jamais il arrive de quoi, ben je le sais à qui en parler, pis qui pourrait m'aider encore plus vite là.*»; «*Dans le fond, chaque fois qu'on avait besoin d'eux, ils étaient là.*» Dans le même ordre d'idées, même si elles n'utilisent pas toutes les ressources dont elles sont informées par les intervenantes, elles savent qu'elles pourront s'en servir «*si jamais quelque chose arrive*».

Au fil de l'intervention, il apparaît donc que l'accompagnement permettrait la construction d'un espace social sécurisant. Il pourrait s'agir d'un capital social en élaboration, lequel s'avère un important déterminant social de la santé. La «*confiance en une autre personne que mes amis ou mon chum*» ouvre une porte sur d'autres ressources, lesquelles, nous le verrons plus loin (Annexe F), seraient davantage mobilisées ou inscrites dans les trajectoires de ces jeunes femmes durant la deuxième année de vie de leur enfant.

4.2.2.2 Le point de vue des intervenantes privilégiées

Le discours des intervenantes privilégiées au regard de l'intervention d'accompagnement postnatal trouve une résonance certaine avec l'expérience racontée par les jeunes femmes. Elles nous livrent également leur point de vue à l'effet que la relation d'accompagnement qu'elles tentent d'instaurer serait mise à l'épreuve considérant le contexte de son déploiement.

i) Une intervention de veille

Le propos des intervenantes rend compte de l'adoption d'une posture de veille à l'égard des familles accompagnées. Cette posture se reflète dans l'expérience des jeunes femmes qui racontent une intervention centrée sur le bébé, ainsi qu'une relation signifiante et sécurisante. Une intervenante résume bien cette idée lorsqu'elle se qualifie en position de «*surveillance*

bienveillante» pour assurer la santé et la sécurité du bébé, son développement optimal, ainsi que le renforcement des capacités parentales des jeunes femmes.

La veille consiste ainsi à répondre aux questions, à fournir des informations en synchronie avec les besoins développementaux du bébé et à demeurer centré sur la résolution de problèmes émergents, voire d'être vigilante: «*Aussitôt qu'on s'aperçoit que quelque chose ne va pas, on intervient.*» Il s'agit d'assurer qu'il y a présence d'«*au moins un minimum*» de conditions favorables au développement de l'enfant; tout en tentant d'«*aiguiser le regard de la jeune mère*» et de lui fournir une rétroaction positive. La majorité des rencontres se déroulent donc en présence du bébé. Le propos suivant est récurrent:

Le focus des SIPPE c'est vraiment l'enfant, donc on, c'est ça qu'on travaille chez les parents et l'environnement. Mais c'est vraiment une façon de les accompagner dans leur projet de vie, puis dans leur rôle parental. Maximiser le potentiel du développement de l'enfant pour éviter que... euh... des carences intergénérationnelles se présentent. Tu sais, pour éviter que l'enfant vive certains abus (...). Éviter que l'enfant subisse de la négligence ou soit lésé par la, par leur, conditions de vie.

Par ailleurs, les intervenantes demeurent «à l'écoute», particulièrement ce qui a trait à des démarches entreprises pour un retour aux études. Le soutien au retour aux études et à la persévérance dans la poursuite de ce projet est à l'agenda de leurs rencontres avec les jeunes femmes. Une précise qu'elle «*garde une portion des rencontres spécifiquement pour ça*» à travers le parcours de la «*conversation*». Une autre raconte que c'est un moyen de garder le lien avec des jeunes femmes «*qui ne voient pas en quoi l'accompagnement peut leur être utile*», au-delà de l'attention accordée au bébé:

Bien, souvent, je vais leur proposer: Bien écoute, tu as-tu un rêve? As-tu un projet de vie? C'est quoi que tu voulais faire dans la vie, toi? Bien tu sais, moi, je peux peut-être t'aider, te référer aux bonnes ressources.

ii) Une intervention d'orientation

Dans l'optique d'élargir le réseau social des jeunes femmes et de favoriser leur autonomie, le discours des intervenantes met en évidence des pratiques d'orientation vers d'autres ressources à travers l'accompagnement postnatal. Elles fournissent des informations sur les ressources locales disponibles et facilitent l'accès aux services identifiés, tout en encourageant les jeunes femmes à entreprendre leurs propres démarches pour y accéder. Il peut arriver qu'elles y accompagnent les jeunes, tout en confirmant que cela n'est pas la norme. Les ressources invoquées comportent surtout des services de dépannage, des ateliers de stimulation pour les enfants et divers espaces de rencontre pour «*briser l'isolement*» des parents. Une intervenante raconte:

Moi, je ne peux pas faire du dépannage alimentaire, puis je ne peux pas faire des ateliers de stimulation à toutes les semaines (...). Ça les fait sortir de la maison. Fait que c'est, c'est super riche le communautaire, ça favorise l'autonomie je trouve, beaucoup, parce qu'ils vont dans un autre... Tu sais, je trouve ça l'fun d'avoir le rôle d'intervenante privilégiée mais en même temps je ne veux pas être, euh, la seule et unique ressource d'aide potentielle là. Je trouve ça l'fun quand qu'ils élargissent eux-autres aussi.

L'orientation vers d'autres ressources que le CSSS, «pour que le CLSC ne soit pas la seule ressource» s'inscrit ainsi clairement dans la visée de construction d'un espace social sécurisant que semblent pressentir les jeunes femmes rencontrées. En conséquence, des intervenantes indiquent qu'elles ne se perçoivent plus comme étant les seules ressources significatives ou privilégiées, en situation postnatale. Elles se considèrent comme «un back up», une personne ressource qui «sécurise» de par sa disponibilité «en tout temps». Il s'agit d'une transformation du rôle, en quelque sorte:

J'ai un nouveau rôle pis c'est correct là. Je pense que... moi je suis contente de laisser la place à d'autres intervenants qui peuvent être plus, tu sais, dans le quotidien. Si elle a un intervenant à l'école pis qu'elle, elle vit quelque chose, ben spontanément si elle va le voir, tant mieux. Ça fait une personne de plus dans le réseau.

En fait, nous verrons que cette situation serait une résultante probable de l'organisation de l'accompagnement des familles par les équipes, en CSSS (Annexe F), et de la volonté d'ajuster l'intervention en réponse aux besoins des familles les plus vulnérables (Annexe G).

iii) La relation d'accompagnement mise à l'épreuve

Les intervenantes rencontrées font le constat d'une certaine dissonance entre les principes du programme et leur pratique. Elles expriment, de manière récurrente, le défi de composer avec les exigences à la fois opérationnelles et relationnelles de l'intervention auprès des familles. Essentiellement, leurs propos portent à croire que l'organisation des services fragilise les dynamiques relationnelles qu'elles s'activent à instaurer dans leur pratique d'accompagnement.

D'une part, plusieurs soulignent que le lien de confiance est difficile à maintenir si les ressources disponibles sont dirigées vers certaines familles plutôt que d'autres. Par exemple:

Si on regarde, ça marche pas là, tu sais. Je suis obligée de voir mes clientes, puis ici on nous dit: voyez-les moins souvent ceux qui vont bien, voyez-les aux deux mois. Mais je m'excuse, aux deux mois je ne suis pas aussi significative, j'ai plus de lien de confiance. Je sais même plus où est-ce que la famille est rendue. Je la... euh je veux dire, on parle d'une chose, puis deux mois plus tard, je retourne dans la famille, ben ça fait même, ça fait même plus de sens là. Il s'est passé des milliers de choses dans leur vie, les préoccupations ont changé, les besoins ont changé. Fait qu'on... ce n'est plus de l'accompagnement là.

Ce type de situation, loin d'être unique, serait apparemment le reflet des ressources disponibles. Une infirmière raconte:

Fait qu'on répond à nos clientes les plus urgentes. Écoute, j'en ai vingt là, dans ma charge de cas, je suis là quatre jours par semaine, puis là-dessus on fait des cliniques OLO. Euh, un peu de vaccination, des réunions. Fait que c'est fffff! Depuis deux semaines, surtout là, j'ai l'impression que je fais juste euh... éteindre des feux. Partout! Fait que c'est la cliente qui m'appelle, que je vais aller voir le plus rapidement possible ... Mais je suis plus trop en prévention là.

Ainsi, de manière répétée, les intervenantes constatent qu'elles ne peuvent instaurer un espace relationnel que requièrent les principes de prévention ou de promotion de la santé auxquels elles adhèrent et qu'elles reconnaissent, pourtant, dans ce programme. Certaines se voient

contraintes de «livrer du contenu» de manière expéditive; tandis que d'autres considèrent qu'il y a peu de possibilité de (co)construire l'intervention en fonction des projets des jeunes femmes, s'inscrivant ainsi dans une visée de renforcement du pouvoir d'agir des personnes ou des familles. Une travailleuse sociale fait part de ses réflexions, relativement à l'intervention postnatale:

Je ne suis pas sûre que la modalité d'intervention soit la meilleure. Ça peut être bon pour du modelling parce que, écoute, on est dans l'action là. Je lui donne des trucs dans son quotidien, tu sais. (...) Mais on dirait que là on fait juste ça, finalement, parce qu'il y a pas de moment où je peux dire: "Viens t'asseoir, on va jaser un peu Kristel." Là euh y'a pas de place pour ça. (...) l'intervention psychosociale, il y en a pas. Tu sais, on n'a comme pas cette possibilité-là. (...) Trouver des objectifs communs, tu sais. Pis qu'elle, elle me les nomme. On n'a pas le temps de travailler là-dessus.

À la fin, bien que les intervenantes rencontrées expriment le désir de «faire une différence» dans la vie des familles, il persiste un doute quant aux effets des processus opérationnels à l'œuvre dans ce programme sur la relation signifiante qu'elles tentent de construire.

4.3 Mise en perspective des résultats, selon la modélisation de la pratique d'accompagnement

L'expérience de la grossesse et de la maternité, bien que située dans un contexte de précarité matérielle et sociale, est généralement vécue de manière positive par les jeunes femmes. Elles s'inscrivent dans une trajectoire de responsabilisation qui génère des opportunités de réalisation de soi, de valorisation et de réussites. Il s'agit vraisemblablement d'une expérience parsemée de multiples adaptations et transformations comportant un **potentiel d'autonomie pour les jeunes femmes**, lequel rappelle les visées de renforcement du pouvoir d'agir du PSJP (MSSS, 2004a) et les finalités inhérentes au concept d'accompagnement (cf. Figure 10).

Les intervenantes, quant à elles, s'investissent résolument dans **la construction d'une relation de proximité**, que ce soit à travers la conjugaison de savoirs expérientiels personnels et de savoirs cliniques professionnels; la conservation d'une certaine distance pour ne pas s'épuiser à travers la confrontation à la vulnérabilité des jeunes femmes; ou la réponse aux besoins identifiés. Ces moyens qu'elles mobilisent reflètent, en partie, l'idéal type de la pratique d'accompagnement. Par ailleurs, l'empathie dont elles témoignent pour être en mesure de composer avec l'espace intersubjectif qui prend forme, ne va pas de soi pour une majorité des intervenantes rencontrées. Nous le verrons plus loin, elles (surtout les infirmières) souhaiteraient davantage de soutien clinique pour accompagner ces jeunes femmes qu'elles considèrent confrontées à des situations de vie exigeantes, qui ont peu de modèles positifs de parentalité et qui expriment des aspirations de vie qu'elles qualifient de plus ou moins réalistes. La dynamique relationnelle de confiance qu'elles s'activent à instaurer est mise à l'épreuve, tant par des exigences organisationnelles, que par le défi de d'engager des jeunes femmes dans la relation d'accompagnement qui leur est offerte.

Selon les entretiens et les analyses complétées, **l'expérience de l'accompagnement du point de vue de jeunes mères et d'intervenantes privilégiées** peut être qualifiée comme suit, selon qu'il s'agisse de la période d'intervention prénatale ou postnatale.

Durant la période d'intervention prénatale, il semble que l'expérience de l'accompagnement soit modulée tant par certaines caractéristiques des jeunes femmes que des habiletés des intervenantes et leur contexte organisationnel d'intervention. La **relation d'accompagnement privilégiée s'avère apparemment facilitée lorsque** les jeunes femmes sont engagées et disposées à recevoir de l'aide; se conçoivent comme étant vulnérables; et sont en mesure de se raconter et de cerner leurs besoins. De plus, cette relation apparaît plus harmonieuse lorsque les intervenantes déploient des habiletés d'ajustement, au rythme de l'expérience des jeunes femmes; et qu'elles relèguent au second plan, sans pourtant les perdre de vue, les paramètres, procédures et objectifs proposés par le programme. Une telle combinaison d'acteurs peut, certes, relever de rencontres fortuites. Par contre, se pourrait-il que certains profils de jeunes femmes, celles qui expriment clairement leur vulnérabilité, dans l'urgence, soient désignés à certains profils d'intervenantes, c'est-à-dire celles qui exercent une certaine *indiscipline* (Helson, 2009) dans l'application du programme? Car il s'agit bien d'une caractéristique des intervenantes de ces dyades qui ont longuement élaboré sur la *souplesse* qui qualifie le parcours de leur accompagnement. Encore faut-il que leur contexte d'intervention facilite une telle orientation qui apparaît davantage centrée sur la construction d'une dynamique relationnelle de l'accompagnement que le déploiement d'une dynamique opérationnelle du programme.

Autrement, **l'expérience d'accompagnement prénatal peut comporter une relation fragilisée, voire même sous tension**, lorsque l'intervention est davantage conçue comme une pratique comportant l'application de procédures à réaliser et l'exigence d'objectifs à atteindre. La relation est d'autant plus fragilisée lorsque les jeunes femmes n'identifient plus de besoins. Aussi, quand leur expérience de la vulnérabilité semble moins aigue, ou qu'elle soit envisagée à un degré moindre que ce qu'entrevoit ou invoque l'intervenante, l'autonomie souhaitée des jeunes femmes serait mise à l'épreuve par le potentiel de dépendance que comporte la relation d'accompagnement. Tentant d'appliquer le programme, les intervenantes se trouvent alors confrontées à des interactions comportant peu d'échanges et qui s'avèrent contreproductifs à la construction d'une relation de proximité (Fustier, 2000). Elles portent alors le fardeau d'identifier des besoins et de réaliser des procédures ou objectifs du programme, ce qui court-circuite, en quelque sorte, le «cheminement ensemble» de l'idéal type de la pratique d'accompagnement.

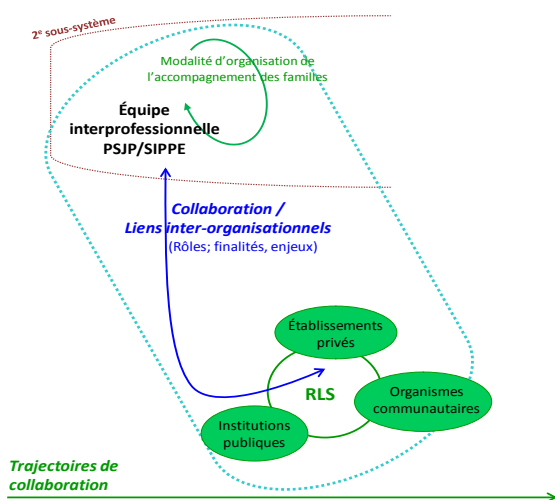
Enfin, **durant la période d'intervention postnatale**, bien que les jeunes femmes rencontrées dans cette partie de la recherche ne soient pas nécessairement représentatives des mères accompagnées dans ce programme, il se dégage une appréciation favorable de l'intervention d'accompagnement. Dans ces conditions d'intervention postnatale, il s'agirait d'une intervention de veille, centrée sur l'enfant, en appui aux compétences parentales, et basée sur une relation signifiante qui semble créer des opportunités de valorisation et de soutien à des changements

dans d'autres sphères de vie des jeunes femmes. De plus, l'intervention comporte un potentiel d'élargissement du réseau de ressources diverses autour des jeunes femmes, ce qui semble contribuer à la construction d'un espace social sécurisant, voire d'un capital social, autour de ces familles. D'une certaine manière, la conjonction des relations signifiantes dont ont fait part les jeunes femmes, avec les contraintes organisationnelles qu'éprouvent les intervenantes, recèle le potentiel de créer des formes plurielles d'accompagnement postnatal qui s'avèrent différentes que ce qui est envisagé par le programme. Les réponses aux questions d'évaluation abordées dans les Annexes F et G apporteront un éclairage à ce sujet.

d'organisation devraient comporter des activités de supervision clinique et de mise à profit des expertises professionnelles disponibles, que ce soit directement auprès des familles ou dans l'élaboration de plans d'intervention ou de services individualisés. Toutefois, plusieurs conditions peuvent exercer une influence sur l'organisation de la pratique d'accompagnement au sein des équipes. La Figure 11 met l'accent sur les dimensions explorées dans cette composante de l'Évaluation du PSJP. Il s'agit de la composition et de la stabilité des équipes interprofessionnelles, du nombre de familles accompagnées, de la part relative de l'intervention PSJP dans la charge des professionnels, des enjeux que soulève l'actualisation du programme, des ententes formelles entre l'équipe PSJP/SIPPE et d'autres équipes du CSSS, ainsi que de la fréquence et des sujets de formation continue offerte par des instances locales, régionales et ministérielles.

D'autre part, les deux dernières questions s'inscrivent dans le troisième sous-système modélisé du PSJP qui porte notre regard sur les équipes interprofessionnelles et les ressources du RLS, lesquelles comportent des organismes communautaires, d'autres institutions publiques et des établissements privés (Figure 12). Pour accroître la densité de l'intervention auprès des familles, un des principes centraux est de créer des liens et ententes entre des ressources locales existantes afin d'ancrer l'action dans un réseau de ressources accessibles aux jeunes parents et leurs enfants. Les pratiques de collaboration, à l'interface des équipes interprofessionnelles SIPPE et des ressources du RLS, constituent le point d'intérêt ici. Les acteurs impliqués, leurs rôles respectifs dans la représentation des points de vue des intervenants et des familles, les finalités visées, ainsi que les enjeux soulevés, constituent des repères à partir desquels il est possible de qualifier la collaboration ou les liens inter-organisationnels qui s'élaborent. Tel que modélisé, tant les modalités d'organisation de l'accompagnement privilégié propre à chaque CSSS, que la trajectoire de la collaboration entre les acteurs du RLS, exercent une influence sur les mécanismes de la collaboration.

Figure 12. Modélisation de la théorie du programme: l'équipe interprofessionnelle PSJP/SIPPE et les ressources du RLS



Afin de répondre aux questions de l'organisation de l'intervention d'accompagnement au sein des équipes des CSSS et avec les ressources du RLS, deux méthodes ont été déployées. Les sections 2 et 3 présentent la méthode et les résultats d'une enquête menée auprès d'intervenantes privilégiées du programme; tandis que les sections 4 et 5 présentent la méthode et les résultats d'une enquête qualitative par entretiens effectués auprès de gestionnaires des équipes interprofessionnelles PSJP/SIPPE.

2. Méthode – Enquête auprès d'intervenantes privilégiées du PSJP

2.1 Devis

Il s'agit d'une enquête transversale par questionnaire auto-administré effectuée à la fin 2008. Ce moment correspond au point milieu de la collecte de données auprès de la cohorte de jeunes parents, vers la fin de la période de recrutement de jeunes femmes enceintes.

2.2 Échantillon

L'enquête s'est déroulée dans les 19 équipes en CSSS participant à l'évaluation, à travers sept régions. Dans l'optique de rejoindre le plus grand nombre possible de professionnelles³⁶ agissant à titre d'intervenante privilégiée, les chefs de programme des équipes ont d'abord été contactés afin d'obtenir un estimé du nombre de personnes engagées auprès des jeunes parents. L'échantillon de participants devait correspondre aux critères suivants: 1) être un employé du CSSS; 2) accompagner au moins une famille dont la mère a moins de 20 ans à la naissance de l'enfant; et 3) effectuer au moins un contact PSJP par semaine. Selon ces premiers estimés, et excluant les personnes en congé de maladie, en congé parental ou en vacances durant la semaine prévue pour cette collecte de données, 283 intervenantes ont initialement été identifiées par les gestionnaires.

Des 283 questionnaires distribués selon des mécanismes établis dans chaque site, 240 ont été remplis et retournés par la poste dans une enveloppe préaffranchie. Ceci représente un taux de réponse de 85%. Toutefois, 43 questionnaires ont été exclus des analyses puisqu'ils ne respectaient pas les critères de sélection ou ne comportaient pas de données pour ces variables. Pour ce rapport, l'échantillon final est composé de 170 intervenantes qui représentent les quatre principales disciplines engagées auprès des familles.

2.3 Collecte de données

Le fait de répondre au questionnaire a signifié le consentement à participer. Aucun identificateur personnel n'était requis. L'instrument a permis d'aborder trois thèmes à partir de questions fermées (Annexe H.11).

Le premier thème permet de dresser un profil des intervenantes au regard de leur domaine d'activité, leur dernier diplôme obtenu, leur expérience de travail et leur implication dans le PSJP.

³⁶ Le féminin est employé puisque plus de 97% des répondantes sont des femmes.

Le deuxième thème renvoie à la formation continue en soutien à l'intervention PSJP, entre 2003 et 2008. La participation des intervenantes aux trois modules de formation élaborés par le MSSS en soutien à l'intervention SIPPE/PSJP fut abordée (MSSS, 2004b, 2004c, 2006). Outre ces modules, une liste exhaustive de 15 thèmes de formation offerte par des ASSS ou des équipes des CSSS fut dressée, en consultation avec des répondantes de ces instances. Pour chacune des formations considérées, les personnes indiquaient: a) si elles avaient suivi la formation au cours des cinq dernières années; b) le moment où cette formation a été suivie pour la dernière fois; et c) leur perception de la pertinence de cette formation. De plus, pour chacun des 15 thèmes de formation continue investigués, les intervenantes ont indiqué si elles souhaitaient ou non recevoir une formation sur ce thème.

Le troisième domaine exploré a trait à la satisfaction de la capacité d'agir et à l'appréciation du contexte d'intervention dans le cadre du PSJP. Dans le but d'estimer la satisfaction des intervenantes privilégiées au regard de leur capacité d'agir, compte tenu des ressources à leur disposition, une échelle comportant 21 aspects de l'intervention fut élaborée à partir du *Cadre de référence* du programme (MSSS, 2004a). Les répondantes ont indiqué leur niveau de satisfaction pour chacun des 21 items sur une échelle de type Likert s'échelonnant de 1 (pas du tout satisfaite) à 5 (très satisfaite). Cet instrument démontre une bonne consistance interne (alpha de Cronbach = 0,92). Une analyse exploratoire permettant d'évaluer la structure factorielle de cette échelle confirme l'existence d'un facteur (eigenvalue = 8,94) expliquant 43% de la variance. Enfin, quatre items offrent, à titre indicatif, une appréciation des intervenantes au sujet de leur contexte d'intervention, ceci toujours selon une échelle de Likert en cinq points (1= mauvais; 5 = excellent).

2.4 Gestion et analyse de données

Les données ont été traitées via une base de données Excel. Les analyses statistiques, effectuées à l'aide du logiciel SPSS, sont de nature descriptive et comparative. Des comparaisons selon le domaine d'activité des intervenantes (soins infirmiers, travail social, psychoéducation et nutrition) et selon quatre des sept régions d'intervention³⁷ (régions A, B, C et D) ont été complétées. Étant donné le petit nombre d'intervenantes dans certaines équipes, les résultats ne sont pas divulgués selon l'établissement d'appartenance. Enfin, six équipes ont souhaité recevoir un aperçu des résultats de cette enquête. Le fruit des échanges qui ont eu lieu permettent d'ajouter des précisions complémentaires en ce qui a trait à la question de la formation continue.

3. Résultats: Quel est le portrait des intervenantes privilégiées?

3.1 Domaines d'activité, expérience et implication dans le PSJP

Le Tableau 31 présente la répartition des intervenantes privilégiées selon le domaine d'activité et le dernier diplôme obtenu. Lorsque leur domaine d'activité est considéré, plus de la moitié

³⁷ Seules ces quatre régions ont été retenues pour fins de croisement des résultats avec ceux générés au travers d'autres composantes de cette recherche évaluative.

pratiquent en soins infirmiers et le quart en travail social. Dans l'ensemble, près de trois intervenantes sur quatre ont obtenu un diplôme de baccalauréat ou plus. Il n'y a pas de différences significatives entre les régions quant à la répartition des intervenantes privilégiées selon le domaine d'activité ou selon le niveau de formation académique.

Tableau 31. Intervenantes privilégiées: domaine d'activité et dernier diplôme obtenu

Domaine d'activité (N = 170)	Intervenantes n (%)	Dernier diplôme obtenu ≥ baccalauréat n (%)
Soins infirmiers	95 (56 %)	67 (71 %)
Travail social	43 (25 %)	33 (77 %)
Psychoéducation	18 (11 %)	13 (72 %)
Nutrition	14 (8 %)	13 (93 %)

Il s'agit de professionnelles d'expérience: 88 % (147/167) des intervenantes agissent à titre de professionnelles de la santé et des services sociaux depuis trois ans ou plus; et il en est de même pour 80 % (134/167) qui sont à l'emploi du CSSS. Aussi, 65% (109/167) des intervenantes privilégiées ont trois années ou plus d'expérience auprès de parents de moins de 20 ans. Le Tableau 32 donne un aperçu global de la part d'intervention destinée au PSJP sur une base hebdomadaire.

Tableau 32. Intervention hebdomadaire, volet *Jeunes parents* des SIPPE

Intervention hebdomadaire PSJP	
Nombre de familles / intervenante privilégiée	9 familles
Nombre de rencontres / semaine	3 rencontres
Proportion d'intervenantes y consacrant : ≤ 50% de leur temps de travail < 25% de leur temps de travail	80 % 50 %
Proportion d'intervenantes considérant le temps investi suffisant	67%

En moyenne, les intervenantes accompagnent 9 familles au moment de l'enquête (médiane = 6). Ceci équivaut à une moyenne de 3 rencontres par semaine auprès de jeunes parents, incluant les rencontres à domicile ou au CLSC, qu'elles soient individuelles ou en groupe. Selon toute vraisemblance, peu d'intervenantes sont dédiées uniquement au volet *Soutien aux jeunes parents* des SIPPE: 80 % consacrent la moitié de leur temps de travail hebdomadaire, ou moins, au PSJP. En particulier, 30% des intervenantes participant à l'enquête consacrent entre 25 et 50% de leur temps de travail hebdomadaire au PSJP; tandis que 50 % y consacrent moins du

quart de leur temps de travail. Il est à noter que 67% (114/168) des répondantes estiment cette répartition est suffisante compte tenu du nombre de mères de moins de 20 ans dont elles assurent le suivi. Il n'y a pas de différences statistiquement significatives au regard de ces données, que ce soit par domaine d'activité des intervenantes ou selon la région socio-sanitaire dans laquelle se déroule le programme.

3.2 Satisfaction de la capacité d'agir et appréciation du contexte d'intervention

Le score moyen pour un ensemble de 21 items permettant d'estimer la satisfaction des intervenantes privilégiées au regard de leur capacité d'agir dans le cadre du PSJP est de 3,5 (minimum = 1,3; maximum = 4,9). Cette tendance, vers le centre de l'échelle de Likert, suggère que les intervenantes sont *moyennement* satisfaites (ni insatisfaites, ni très satisfaites) de leur capacité d'agir dans le cadre de ce programme.

À titre indicatif, cinq items ont une valeur moyenne de moins de 3,5, ce qui renvoie à des éléments au regard desquels les intervenantes seraient moins satisfaites de leur capacité d'agir. Il s'agit de leur capacité à: offrir des activités de groupe aux jeunes parents; appuyer le développement du réseau social des jeunes parents; améliorer les conditions de vie des jeunes parents (logement, transport, sécurité alimentaire, ressources financières); et appliquer l'intensité prescrite par le programme en termes de fréquence de rencontres et de durée du suivi. En contrepartie, un seul item récolte un score moyen de plus de 4, témoignant ainsi d'un niveau plus élevé de la satisfaction de la capacité d'agir des intervenantes privilégiées: il s'agit de leur capacité de développer une relation de confiance avec les jeunes parents.

Dans un autre ordre d'idées, le Tableau 33 présente des scores moyens rendant compte de l'appréciation de dimensions caractérisant le contexte de l'intervention. Les intervenantes se situent vers le point milieu de l'échelle Likert quant à leur appréciation de la supervision clinique reçue en soutien à l'intervention auprès des jeunes parents. À titre indicatif, leur appréciation de la collaboration au sein de leur équipe, et entre leur équipe et les ressources du RLS, semble plus favorable; de même que leur connaissance des ressources du RLS.

Tableau 33. Intervenantes privilégiées: Appréciation du contexte d'intervention PSJP

Élément du contexte d'intervention PSJP	Score moyen d'appréciation (N = 170)
Supervision clinique reçue en soutien à l'intervention auprès de jeunes parents	3,1
Collaboration entre les membres de l'équipe interdisciplinaire	3,9
Collaboration entre l'équipe interdisciplinaire et les ressources du RLS	3,5
Connaissance des ressources du RLS pour intervenir auprès des jeunes parents	3,7

Enfin, des analyses comparatives de scores moyens obtenus à l'aide des cinq mesures rapportées ici indiquent qu'il n'y a pas de différences significatives entre les intervenantes selon leurs domaines d'activité. Cependant, le Tableau 34 indique qu'il y a des différences statistiquement significatives lorsque la région d'intervention est considérée.

Tableau 34. Intervenantes privilégiées: Appréciation du contexte d'intervention PSJP, selon les régions

Élément du contexte d'intervention PSJP	Régions (N = 133 intervenantes)				valeur <i>p</i>
	A	B	C	D	
	Score moyen d'appréciation				
Satisfaction de la capacité d'agir	3,8	3,6	3,2	3,3	<i>p</i> = 0,02
Collaboration entre l'équipe et le RLS	3,8	3,6	3,3	3,2	<i>p</i> = 0,03
Collaboration entre les membres de l'équipe	4,2	4,3	3,2	3,8	<i>p</i> = 0,00
Supervision clinique reçue	3,3	3,7	2,9	2,9	<i>p</i> = 0,07
Connaissance des ressources du RLS	3,9	3,7	3,5	3,5	<i>p</i> = 0,26

Les intervenantes privilégiées des sites participants provenant de la Région A se distinguent, comparativement à celles des régions C et D. Elles signalent un score moyen plus élevé de satisfaction de leur capacité d'agir; elles jugent plus favorablement leur collaboration avec des ressources du RLS ou au sein de leur équipe; et elles ont tendance à apprécier davantage la supervision clinique reçue. Par ailleurs, les intervenantes privilégiées provenant de la Région B ressemblent davantage à celles de la Région A sur ces mêmes dimensions. Enfin, il n'y a pas de différences significatives entre les régions en ce qui a trait à la perception des intervenantes quant à leur connaissance des ressources du RLS pour intervenir auprès des jeunes parents.

3.3 Formation continue

Les résultats suivants offrent une indication des thèmes de formation continue cumulée par les intervenantes, sans pour autant distinguer le nombre d'heures, ni le contexte de cette formation. Il est rare que cette information soit systématiquement compilée au sein des organisations.

Dans l'ensemble, les formations suivies entre 2003 et 2008 sont jugées «pertinentes» à «très pertinentes» par les intervenantes des 19 équipes ayant participé à l'enquête, que ce soient des modules élaborés par le MSSS en soutien à l'intervention PSJP, ou d'autres activités de formation continue offertes par les ASSS ou des ressources des CSSS. Le Tableau 35 présente

la proportion d'intervenantes ayant suivi les modules de formation SIPPE élaborés par le MSSS, entre 2003 et 2008.

Tableau 35. Proportion d'intervenantes privilégiées ayant suivi les modules de formation SIPPE élaborés par le MSSS en soutien à l'intervention, 2003-2008

Modules	Proportion d'intervenantes privilégiées ayant suivi la formation (N = 170)
Module 1 Consolidation des éléments essentiels à la mise en œuvre des SIPPE	42%
Module 2 Intervenir auprès de jeunes parents	52%
Module 3 L'attachement au cœur du développement du nourrisson	74%

Entre 2003 et 2008, le module 1 a été suivi par 42% (71/170) des répondantes; le module 2 par 52% des répondantes (89/170); et le module 3 par 74% (125/170). Des entretiens téléphoniques avec des interlocutrices du MSSS et des ASSS ont confirmé, fin 2008, que les modules de formation 1 et 2 ont été offerts en 2004-2005; et qu'à partir de la fin 2008, ils n'avaient pas été offerts à nouveau, de manière systématique. Quant au module 3, il a été diffusé en 2006-2007.

Les taux de participation rapportés pour les modules 1 et 2 apparaissent plus faibles qu'attendu, considérant que 65 % (109/167) des intervenantes participant à cette enquête, à la fin 2008, travaillaient en CSSS auprès de jeunes parents depuis 3 ans et plus. Il en est de même pour le taux de participation au module 3, puisque 88% des intervenantes (147/167) ont indiqué qu'elles œuvraient en CSSS auprès de jeunes parents depuis plus d'un an. Il n'y a pas de différence significative quant au nombre de modules suivis (moyenne = 1,7) selon le domaine d'activité des intervenantes ou leur région.

Lorsque ces résultats ont fait l'objet de discussions avec des équipes PSJP/SIPPE, il est clairement apparu que ces modules de formation ont été déployés de manière différentielle selon les régions. Par exemple, une région n'a pas offert le module 1, puisque d'autres formations disponibles ont été jugées plus pertinentes. Par ailleurs, une autre région a développé sa propre mise à niveau des modules 1 et 2.

Le Tableau 36 présente les thèmes de formation continue offerts en soutien à la pratique des intervenantes entre 2003 et 2008³⁸, que ce soit par les ASSS ou les CSSS, à l'exclusion des trois modules traités précédemment. Les regroupements en thèmes généraux sont proposés à titre indicatif. Pour chacun des thèmes spécifiques, ce tableau présente 1) la proportion

³⁸ Toutes ces formations n'ont pas nécessairement été offertes dans tous les CSSS.

d'intervenantes ayant suivi une formation au cours de la période s'échelonnant de 2003 à 2008³⁹; et 2) la proportion d'intervenantes souhaitant recevoir une formation, que ce soit pour la première fois ou à nouveau.

Tableau 36. Thèmes de formation continue offerts, suivis (2003-2008) et souhaités par les intervenantes privilégiées, en soutien à l'intervention

Thèmes généraux	Thèmes spécifiques	Intervenantes ayant suivi une formation (%)	Intervenantes souhaitant de la formation (%)
		N = 170	
Pratiques d'accompagnement	Allaitement maternel	80 %	59 %
	Intervention en contexte de violence conjugale	57 %	80 %
	Intervention en contexte de pauvreté	51 %	76 %
	Toxicomanies et dépendances	47 %	81 %
	Stimulation précoce	26 %	81 %
	Empowerment	25 %	72 %
	Intervention auprès des pères	22 %	79 %
	Éveil à la lecture et à l'écriture	21 %	59 %
Compétences parentales	11 %	96 %	
Mise à niveau de pratiques réglementées	Application de la Loi de la protection de la jeunesse	84 %	66 %
	Vaccination et Programme d'immunisation du Québec (PIQ)	44 %	36 %
	Rédaction de notes cliniques	42 %	70 %
Pratiques de collaboration	Travail en équipe interdisciplinaire	34 %	71 %
	Action intersectorielle	11 %	51 %
	Développement des communautés	7 %	70 %

La formation continue en appui aux pratiques d'accompagnement et de collaboration concerne généralement des proportions faibles (moins de 30%) à moyennes (30% à 60%) d'intervenantes privilégiées, mis à part les formations portant sur le soutien à l'allaitement maternel. Par ailleurs, hormis la formation portant sur la vaccination et le PIQ, des proportions généralement élevées d'intervenantes souhaitent participer à davantage de formation continue, en soutien à leur intervention.

Fait à signaler, de faibles proportions d'intervenantes indiquent avoir suivi des formations qui renvoient à des pratiques de collaboration inhérentes au volet de la *Création d'environnements favorables* du PSJP, soit celles portant sur l'action intersectorielle ou le développement des communautés. Au moment de l'enquête, le Conseil d'administration d'un CSSS, parmi les 18

³⁹ Étant donné le faible nombre d'intervenantes ayant suivi une formation plus d'une fois, les réponses « oui, une fois » et « oui plus d'une fois » ont été combinées.

participants à cette évaluation de programme, avait établi que tous les intervenants de l'organisation devaient suivre une formation sur les approches communautaires. Des discussions avec les équipes ont généralement confirmé que les notions d'*action intersectorielle* et de *développement des communautés* s'avèrent plus ou moins claires pour les intervenantes. Il s'agit de pratiques jugées «*loin de la clientèle*». Cette méconnaissance générale pourrait participer à la compréhension des équipes qu'il importe, «*avant tout*», de bâtir et de consolider la pratique d'accompagnement des familles.

Le Tableau 36 suggère, par ailleurs, que de faibles proportions d'intervenantes auraient suivi de la formation continue portant sur des thèmes relatifs au développement des enfants (stimulation précoce; éveil à la lecture et à l'écriture) et au renforcement de compétences parentales (intervention auprès des pères; développement des compétences parentales). À cet effet, il s'avère que 35 % des intervenantes ont suivi au moins une formation liée au développement de l'enfant (stimulation précoce ou éveil à la lecture et l'écriture) entre 2003 et 2008; et 26 % ont suivi au moins une formation en appui au développement des compétences parentales (incluant l'intervention auprès des pères). Vu autrement, 65 % et 74 % des intervenantes privilégiées n'ont pas été exposées à de la formation continue spécifiquement en soutien à ces pratiques, entre 2003 et 2008. Il s'agit pourtant de thèmes centraux de l'intervention d'accompagnement. Bien que d'importantes proportions d'intervenantes expriment le souhait de recevoir davantage de formation continue sur ces thèmes, il n'est toutefois pas exclu que certaines aient suivie les modules de formation SIPPE mentionnées plus haut.

Lorsque le domaine d'activité des intervenantes privilégiées est considéré, il n'y a pas de différences significatives quant aux proportions d'intervenantes ayant suivi au moins une formation continue en appui au développement de l'enfant ou des compétences parentales. Cependant, le Tableau 37 indique qu'il y a des différences statistiquement significatives entre les régions. En particulier, une proportion plus importante d'intervenantes de la Région D a suivi au moins une formation sur les thèmes liés au développement des enfants et des compétences parentales, comparativement aux intervenantes des équipes participantes provenant des Régions A, B et C.

Tableau 37. Proportion d'intervenantes ayant suivi une formation en appui au développement de l'enfant ou des compétences parentales (2003-2008), selon les régions

Formation continue	% intervenantes privilégiées ayant suivie formation continue (N = 133)				valeur p
	Région				
	A	B	C	D	
Développement des enfants	31%	30%	21%	55%	p = 0,01
Compétences parentales	22%	22%	25%	43%	p = 0,01

Enfin, il est à noter que le nombre moyen de formations suivies est de 5 (écart: 0 à 14) pour l'ensemble des intervenantes privilégiées, si l'on exclut les formations portant sur la vaccination et le PIQ suivies uniquement par les infirmières. Ceci suggère, en moyenne, une formation par année. De ces 5 formations, environ 3 sont liées aux pratiques d'accompagnement, sans distinction du domaine d'activité des intervenantes ou de la région. Nos discussions avec les équipes indiquent que des formations obligatoires occupent l'espace-temps alloué à la formation continue annuelle, comme par exemple les dispositions de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, l'allaitement maternel dans les centres désignés *Amis des bébés*, ou le déploiement du *Plan thérapeutique infirmier* (PTI). Le nombre restreint de places de formation disponibles, ainsi que l'applicabilité limitée de certains apprentissages, constituent d'autres entraves à la formation continue. De plus, l'offre de ces formations ne permettrait pas de répondre au rythme d'embauche du personnel lorsqu'il y a des changements importants au sein des équipes. Les mécanismes de formation pour les nouvelles intervenantes incluent alors principalement une introduction au *Cadre de référence* des SIPPE (lecture ou discussion) et le transfert d'informations entre les intervenantes. À l'exception d'une équipe⁴⁰ qui a fait état d'une formation d'introduction de trois jours, il apparaît que l'expérience personnelle et professionnelle des intervenantes constituait l'atout principal sur lequel misaient les équipes pour appuyer les nouvelles recrues, au moment de cette enquête.

4. Méthode – Enquête qualitative auprès de gestionnaires des équipes PSJP/SIPPE

4.1 Devis

Une enquête qualitative de nature descriptive (Deslauriers & Kérisit, 1997) a été réalisée entre décembre 2009 et mars 2010, durant la dernière année de collecte de données auprès des jeunes parents. Il s'agissait d'obtenir un portrait rétrospectif sur quatre années, soit d'avril 2006 à mars 2010.

4.2 Échantillon

Cette enquête s'est déroulée dans 11 équipes en CSSS réparties entre quatre régions. L'échantillon est composé de 14 gestionnaires occupant les fonctions de chef de programme, d'assistante supérieure immédiate ou de coordonnatrice clinique, à l'interface des exigences cliniques et administratives de l'intervention PSJP/SIPPE. Les chefs de programme ont été sollicités par la coordonnatrice de l'évaluation pour fixer une rencontre à leur lieu de travail. Puisqu'il s'agissait de fournir un portrait rétrospectif, certaines ont choisi d'inviter une collègue pour participer à cet échange (trois sites). Un questionnaire sociodémographique (Annexe H.10) rempli au terme de l'entretien indique, qu'au début 2010, ces répondantes avaient cumulé de nombreuses années d'expérience en tant qu'intervenantes ou gestionnaires dans le domaine de la santé et des services sociaux (14 à 34 ans; médiane 20 ans). Le quart détenait un diplôme de deuxième cycle de formation universitaire. De plus, elles avaient acquis une expérience professionnelle significative auprès de jeunes parents (4 à 28 ans; médiane 10 ans).

⁴⁰ Il s'agit de la seule équipe qui a instauré des rencontres de co-développement pour favoriser la formation continue des intervenantes.

4.3 Collecte de données

Des entretiens semi-dirigés (Boutin, 1997; Kvale, 1996; Savoie-Zajc, 2010) d'une durée variant de une à deux heures ont été réalisés. Huit entretiens furent effectués uniquement auprès de la chef de programme, tandis que trois entretiens furent complétés en présence de deux répondantes. En préparation, chaque personne a reçu un formulaire d'information et de consentement qui donnait un aperçu des thèmes de l'entretien. Lors de la rencontre, certaines gestionnaires étaient munies d'un document comportant leurs réflexions et des informations qu'elles jugeaient pertinentes.

Quatre thèmes ont été explorés au cours de ces entretiens:

- L'intervention d'accompagnement privilégié, y incluant le rôle de l'intervenante privilégiée, le fonctionnement des équipes en soutien à l'intervention auprès des familles, la supervision clinique et les collaborations avec les autres équipes du CSSS. De plus, les gestionnaires ont produit des estimations du nombre d'intervenantes ETC dans leurs équipes, ainsi que le nombre d'inscriptions PSJP au cours des trois à quatre dernières années.
- Les mécanismes implantés pour l'entrée des jeunes parents et leur sortie du programme.
- La collaboration des équipes PSJP/SIPPE avec les ressources du RLS, en précisant le rôle de la gestionnaire au regard de ces espaces de collaboration.
- La répartition du budget PSJP entre les deux volets du programme (AF et CEF), ainsi que les mécanismes de reddition de compte.

4.4 Gestion et analyse des données

Tous les entretiens ont été enregistrés sur bande audionumérique. Chaque entretien a fait l'objet d'au moins deux écoutes intégrales par la personne ayant effectué l'entretien, en plus d'une chercheuse, afin d'extraire et de résumer les propos des gestionnaires selon des rubriques d'analyse préétablies. Pour chaque entretien, des *verbatim* illustratifs ont été retenus pour appuyer les synthèses. Des notes d'entretien ou provenant des documents remis par les gestionnaires ont également fait l'objet de cet exercice d'extraction de données.

Une analyse qualitative thématique (Paillé & Mucchielli, 2010) a été réalisée, suivant la validation du matériel extrait, ce qui n'a pas exclu un retour ponctuel au matériel audio pour fins de confirmation (Creswell, 2008). Outre l'élaboration descriptive des propos des gestionnaires au regard des thèmes explorés, des analyses comparatives selon les modalités d'organisation des équipes ou la région ont été effectuées à l'aide de matrices (Huberman & Miles, 2003). Les résultats sont présentés selon une forme narrative, avec des extraits de *verbatim* à titre d'illustration. Lorsque les analyses comparatives ont permis d'identifier des *patterns*, il en est fait mention. Il est à noter que des données recueillies de jeunes parents et d'intervenantes privilégiées complètent les analyses qui ont trait aux modalités d'organisation des équipes interprofessionnelles et aux processus d'entrée et de sortie du programme.

5. Résultats

5.1 Quelles sont les modalités d'organisation des équipes interprofessionnelles pour l'intervention d'accompagnement privilégié des familles?

5.1.1 Trois modalités d'organisation de l'accompagnement privilégié

Les équipes interprofessionnelles organisent leur intervention d'accompagnement auprès des familles selon trois principales modalités qui se décrivent comme suit: 1) accompagnement d'équipe avec la reconnaissance d'une intervenante privilégiée; 2) attribution d'une intervenante privilégiée selon l'identité professionnelle; et 3) un système souple et ouvert.

Modalité 1: Accompagnement d'équipe avec reconnaissance d'une intervenante privilégié

Deux équipes rapportent cette modalité. Dès l'amorce de l'intervention, l'accompagnement des jeunes parents est entrepris par plusieurs membres de l'équipe interprofessionnelle. Une fois les parents exposés à des intervenants de chaque discipline (nutritionniste, travailleuse sociale, infirmière), une intervenante privilégiée est choisie en collaboration avec les parents, si possible. Les membres de l'équipe demeurent toutefois disponibles, en soutien à l'accompagnement. Selon les termes utilisés par les gestionnaires, la «flexibilité» et la «confiance» caractérisent cette modalité d'accompagnement.

La flexibilité réside dans le fait que les jeunes parents peuvent rencontrer et connaître plus d'une intervenante pour trouver réponse à leurs besoins. De plus, ils peuvent participer au choix de leur intervenante privilégiée. À cet égard, l'on tente de prendre en compte «... avec qui la jeune se sent le plus à l'aise de continuer.» Cette flexibilité facilite la continuité de l'accompagnement, en cas d'absence d'une intervenante privilégiée, en plus de favoriser la co-intervention par deux professionnelles si nécessaire. Selon les gestionnaires, la confiance au sein de l'équipe constitue une condition essentielle pour assurer ce mode d'accompagnement puisqu'il peut y avoir «... un certain chevauchement entre les champs de pratique».

Dans cette modalité d'accompagnement, il y a tenue régulière (hebdomadaire ou bimensuelle) de réunions d'équipe interprofessionnelle qui servent principalement à la discussion de cas. Fait à signaler, ces deux équipes sont les seules parmi les 11, en 2010, qui fonctionnaient avec une équipe dédiée PSJP, ceci depuis le début du programme. Il s'agit des sites où le nombre annuel d'inscriptions était le plus élevé au moment des entretiens, variant de plus de 50 à près de 90 familles. Selon les propos recueillis auprès des gestionnaires et intervenantes, un tel dispositif permettrait une meilleure cohésion des équipes interprofessionnelles ainsi que le renforcement des compétences de ses membres. De plus, cela faciliterait la tenue régulière de rencontres d'équipe et favoriserait une offre de services plus imbriqués auprès des familles. En contrepartie, les propos recueillis de jeunes femmes suggèrent que cette approche pourrait occasionner une exposition à un trop grand nombre d'intervenants ou à une fréquence trop importante de contacts.

Modalité 2 : Attribution d'une intervenante privilégiée selon l'identité professionnelle

Pour six des 11 équipes, une intervenante privilégiée est assignée à une famille dès l'amorce de l'accompagnement. L'attribution des dossiers semble basée sur la discipline d'appartenance des intervenantes, selon des conceptions partagées quant à leurs fonctions et compétences respectives. L'infirmière est généralement la première intervenante privilégiée compte tenue de ses compétences pour le suivi de grossesse et ses habiletés relationnelles. Selon les gestionnaires et les intervenantes privilégiées rencontrées, les infirmières «... *établissent un lien de confiance plus vite (...) elles sont moins menaçantes*». En retour, cela faciliterait l'introduction d'intervenants sociaux, lorsque jugé nécessaire. Ainsi, quand surviennent des difficultés non-médicales, l'infirmière est généralement remplacée par une intervenante sociale. Dans la plupart des cas, l'intervention est alors portée par une dyade pour un certain temps. Il est toutefois attendu que l'intervention privilégiée soit éventuellement portée par une seule professionnelle. Ce changement ne va pas de soi, autant pour les jeunes femmes que pour les intervenantes relevées de leur engagement. Ces dernières soulignent, cependant, que ce sont les jeunes parents qui «*paient le prix le plus élevé de la discontinuité*».

Dans cette modalité d'organisation de l'accompagnement des familles, il y a une moins grande fréquence de rencontres que dans la modalité précédente (bimensuelles ou mensuelles). Ces rencontres sont organisées par champ disciplinaire ou en équipe interprofessionnelle. Ce n'est que dans ce deuxième type de rencontre que se déroulent des discussions de cas. Selon les gestionnaires et les intervenantes rencontrées, ces équipes souhaiteraient renforcer le travail en interdisciplinarité et en collaboration, pour optimiser les contributions des diverses professions. Fait à signaler, cette préoccupation n'est pas formulée avec autant de vigueur par nos interlocutrices provenant des équipes des deux autres modalités (1 et 3).

Modalité 3 : Un système souple et ouvert

Cette modalité d'organisation de l'accompagnement des familles se retrouve dans trois des 11 équipes. Elle se distingue par la souplesse dans la désignation de l'intervenante privilégiée ainsi que par l'ouverture des équipes.

D'une part, ce sont la disponibilité des intervenants et les besoins des familles qui constituent les premiers critères à partir desquels les équipes désignent une intervenante privilégiée, sans égard à sa discipline. A cet effet, une gestionnaire précise que «*Tout le monde peut être IP [intervenante privilégiée]*». D'autre part, plutôt que remplacer une intervenante lorsque des besoins nouveaux émergent, l'ajout d'une autre intervenante est favorisé. La co-intervention peut alors être temporaire ou permanente.

L'ouverture des équipes est mise en évidence par le fait que, contrairement aux équipes précédentes, l'organisateur communautaire participe régulièrement aux rencontres interprofessionnelles; et les équipes SIPPE de différents points de service des CSSS se côtoient. De plus, les partenaires communautaires du RLS sont invités à certaines rencontres, annuellement, pour discuter des interventions qui ont cours et pour consolider des liens.

5.1.2 La supervision clinique

Qu'importe la modalité d'organisation des équipes au regard de l'accompagnement des familles, les propos des gestionnaires et des intervenantes privilégiées convergent: la supervision clinique, lorsqu'elle est offerte, est surtout destinée aux intervenants sociaux, puisque cela «*fait déjà partie de leur culture.*»

Ainsi, en ce qui a trait aux infirmières, la supervision est, au mieux, optionnelle et offerte par des intervenants sociaux; ou, au pire, absente. Le propos d'une gestionnaire résume bien la situation rapportée: «*Les infirmières en ont moins besoin [de supervision clinique], parce que les dossiers qui ont les plus grosses problématiques se retrouvent souvent en social*». Néanmoins, au moment où ces entretiens furent complétés, certaines équipes envisageaient une réorganisation afin que de la supervision clinique soit offerte par une infirmière spécialisée, en réponse aux besoins des infirmières. Ce faisant, le soutien aux pratiques professionnelles demeure orienté selon une perspective disciplinaire, plutôt qu'une approche interdisciplinaire, à l'image des équipes.

Ces modalités d'organisation décrites, **les observations suivantes méritent d'être soulignées:**

- toutes les équipes tentent de favoriser la désignation d'une intervenante privilégiée auprès des familles;
- cette intervenante privilégiée peut changer dans le temps;
- l'accompagnement par une dyade (co-intervention) est une option jugée à propos pour assurer une certaine continuité de l'accompagnement;
- l'équipe dédiée PSJP semble être une option viable dans les sites où le nombre annuel de nouvelles inscriptions PSJP est élevé. Ceci n'est toutefois pas la norme;
- la création d'un espace d'échange interdisciplinaire est généralement considérée favorable à la pratique d'accompagnement;
- le rôle de l'infirmière varie peu d'une modalité d'accompagnement à l'autre. Elle a principalement un rôle de type biomédical, centré sur le suivi pré et postnatal, les soins à l'enfant et la santé de la mère. Aussi, elle tend à être une clef pour faciliter l'entrée d'intervenants psychosociaux dans la vie des familles, plutôt que pour intervenir dans ces trajectoires de vulnérabilité; et
- la supervision clinique, en soutien au développement des compétences professionnelles, n'est pas offerte à toutes les disciplines, tout particulièrement aux infirmières qui sont en contact avec la quasi-totalité des familles durant la trajectoire de l'accompagnement.

5.2 Comment se déroulent l'entrée et la sortie du programme?

5.2.1 L'entrée au PSJP

Les données suivantes proviennent de l'enquête qualitative auprès des gestionnaires, des intervenantes privilégiées (Annexe E) et des 451 familles participant au premier temps de mesure de la cohorte (Annexe D). L'entrée au PSJP se distingue selon qu'il s'agit de la période

d'inscription au programme ou du premier contact avec une intervenante privilégiée. Nous l'avons vu plus tôt, ce premier contact a lieu, en moyenne, 1,4 semaine plus tard que la date d'inscription (Annexe C).

Au moment de **l'inscription au PSJP**, près de 90% des jeunes femmes seraient inscrites au programme OLO. Lorsqu'interrogées pour savoir comment elles ont entendu parler des services offerts à l'intention de jeunes parents, 44 % des jeunes femmes en ont pris connaissance par des amis ou des membres de la famille, 29 % par du personnel du CSSS et 21 % par leur médecin ou lors de leur suivi de grossesse à l'hôpital. Pour leur part, 43 % des pères ont entendu parler des services offerts par des amis ou membres de la famille, 36 % par leur partenaire et 14 % par du personnel du CSSS, une fois inscrits au PSJP. À noter que ce n'est pas le PSJP, en soit, qui était connu par le réseau familial ou d'amis des jeunes parents; il s'agit plutôt du programme OLO.

Toutes les gestionnaires rencontrées ont signalé que les jeunes mères constituent une priorité pour leurs équipes, parmi la clientèle des SIPPE: «*Elles sont parmi celles qui sont privilégiées, elles sont au cœur des actions.*» La politique est donc de débiter l'intervention auprès des jeunes mères entre la 12^e et la 16^e semaine de grossesse, ou dès la réception de la demande si elle a lieu plus tardivement.

Toutefois, certains milieux se sont dotés de mécanismes spécifiques pour gérer la demande de services. Dans certains sites, l'accès au PSJP est strictement réservé aux jeunes femmes enceintes (l'inscription durant la période postnatale est donc refusée). Dans d'autres sites, des listes d'attentes sont créées et l'intervention débute plus tôt pour les jeunes femmes considérées plus vulnérables⁴¹. Selon les risques identifiés, et la disponibilité des intervenantes, l'inscription peut ainsi être effectuée jusqu'à la 20^e semaine de grossesse. À titre d'exemple, les jeunes femmes âgées de dix neuf ans, «*dont c'est le choix de couple d'avoir un enfant*», et qui ont une situation financière jugée adéquate, ne sont pas priorisées. Dans l'attente, certains sites réfèrent les jeunes à des activités de groupe prénatal; et si une détérioration de leur situation est constatée, elles sont référées pour une prise en charge individuelle par une intervenante privilégiée. Ceci aura une incidence sur l'accompagnement auprès d'une autre famille: «*... il faut faire quelque chose avec cette jeune mère là, et là on tasse quelqu'un pour la rapatrier.*» Ce faisant, les intervenantes sont davantage exposées à des clientèles qui cumulent de multiples problématiques, ce qui a pour conséquence d'imposer des limites supplémentaires au regard de leur disponibilité auprès de l'ensemble des jeunes parents.

Une fois inscrites au PSJP, **le premier contact** rendant compte d'une intervention d'accompagnement privilégié est effectué soit par une infirmière (46 % des jeunes femmes de la cohorte), une travailleuse sociale (30%) ou une nutritionniste (24%). Il y a des variations selon les régions, voire les établissements. Par exemple, les équipes d'une région privilégient la

⁴¹ Un site a mis au point un système de pointage pour évaluer l'indice de vulnérabilité de la jeune femme enceinte.

travailleuse sociale, avec 92 % des premières interventions documentées par cette professionnelle; tandis que certaines équipes amorcent plutôt l'accompagnement avec une nutritionniste. Ces routines se retrouvent plutôt dans la modalité 2 signalée plus haut.

Enfin, au moment de leurs premiers contacts avec le PSJP, les jeunes femmes rapportent que divers renseignements leur ont été donnés sur les services offerts. La majorité (83 %) a retenu que le programme offrait des ressources pour améliorer leur alimentation. Par ailleurs, 48 % se rappellent avoir été informées qu'elles seraient suivies par des professionnelles du CSSS; 45 % ont retenu qu'elles recevraient des visites à domicile; et 40 % ont compris qu'elles auraient accès à des rencontres de groupe ainsi qu'à un suivi pré et post natal. Selon les jeunes femmes, la durée et l'intensité du suivi aurait fait l'objet de discussions pour 9 % d'entre elles, durant ces premiers contacts; et 12 % auraient retenu que le programme offrait un accompagnement vers des ressources de la communauté. Les entretiens avec des intervenantes privilégiées suggèrent qu'il ne s'agit pas ici que de biais de mémoire: dès les premiers contacts avec les familles, le souci d'assurer le caractère volontaire du programme peut faire en sorte qu'elles mettent davantage l'accent sur les ressources d'aide disponibles, plutôt que sur la durée et l'intensité du suivi. Un site rapporte néanmoins «faire signer une entente» par les jeunes parents pour favoriser leur engagement dans l'intervention.

5.2.2 La sortie du PSJP

Les données suivantes proviennent de l'enquête qualitative auprès des gestionnaires, en plus d'intervenantes privilégiées et de jeunes femmes (Annexe E). La sortie du programme est balisée par des critères que tentent d'appliquer les équipes, par les pratiques des intervenantes et par les attentes et ressources des jeunes parents.

D'entrée de jeu, les gestionnaires ont fait part de «*moyens incitatifs*» pour tenter de maintenir les familles dans le programme. Il s'agit d'un réel défi:

C'est le défi de toute l'équipe de garder cette clientèle-là dans notre entourage. C'est beaucoup de marketing social, on a à vendre le service. (...) On fournit de l'alimentation, des vêtements, du transport, des sièges d'auto, de l'aide familiale...

Néanmoins, la durée envisagée de l'accompagnement des familles est généralement jugée irréaliste par tous les partis. Les gestionnaires invoquent le défi de «*la gestion des listes d'attente pour l'entrée dans les SIPPE*»; tandis que les jeunes femmes ne sont pas convaincues de la pertinence de ce service offert par le CSSS jusqu'à ce que leur enfant atteigne l'âge de 5 ans. Par ailleurs, les intervenantes constatent qu'une fois les besoins traités, ni l'intensité ni la durée d'intervention recommandée ne correspondent aux réalités vécues par les jeunes parents. Une résume bien la situation: «*Les clientes, à un moment donné, elles ne veulent plus nous voir, elles nous ont assez vues*». Elles constatent, ainsi, que la majorité des familles quitte le programme avant que l'enfant atteigne l'âge de trois ans. Cependant, elles considèrent qu'il est essentiel d'offrir un accompagnement le plus longtemps possible, d'où la volonté de suivre les recommandations du programme. Elles tentent alors de «*trouver le juste milieu*»:

Ce n'est pas nécessairement gage d'autonomie le fait qu'ils restent longtemps dans le programme (...) On veut que les jeunes se reprennent en main puis, euh... tu sais, volent de leurs propres ailes, puis retournent à l'école, puis, tu sais, qu'ils aient un projet de vie. Mais quand ils en ont un, ... on les [laisse aller]. Fait que cinq ans, c'est beaucoup.

Dans plusieurs milieux, on opte pour une diminution progressive de l'intensité de l'intervention d'accompagnement après la première année de vie du bébé. Des normes sont formulées pour réduire progressivement cette intensité et pour «fermer les dossiers» des familles. Les codes suivants sont les plus fréquents:

- Les familles sont moins vulnérables, selon l'évaluation effectuée par les intervenantes: «*le réflexe est qu'on ferme quand ça va bien*» ou «*les objectifs visés dans le plan d'intervention sont atteints*». Bien que certaines équipes se dotent d'une grille plus formelle, les critères utilisés varient: le développement de l'enfant est satisfaisant; le lien d'attachement mère-enfant est sécuritaire; les habiletés parentales sont adéquates; les conditions de vie des familles s'améliorent; il y a absence de problèmes sociaux tels de l'abus, de la négligence ou de la toxicomanie; «*il n'y a pas de besoins spécifiques*»; les parents sont capables d'utiliser les ressources du RLS; il y a présence d'un réseau de soutien informel; ou le projet de vie de retour à l'école ou au travail est réussi ou «*stable depuis 6 mois*».
- il y a eu placement de l'enfant;
- la famille signifie clairement son désir de cesser programme; ou
- il y a perte de contact ou annulations répétées par la famille suite à des relances téléphoniques et postales infructueuses sur une période variant de 3 à 6 mois, selon les milieux⁴².

Règle générale, il s'agit de tenter de «*maintenir les services avec des plus gros cas*» ou avec ceux qui expriment «*le plus de besoins*», pour gérer la demande de services selon les ressources disponibles. Toutefois, même si un dossier est «fermé», il est possible de le «réactiver» si les familles contactent à nouveau une intervenante et manifestent le désir de poursuivre l'intervention amorcée. Pour éviter de nouvelles procédures de tri et d'évaluation, des intervenantes tentent, par ailleurs, de ne pas fermer les dossiers, malgré les directives de l'organisation. Une raconte qu'elle garde ses dossiers ouverts expressément pour les jeunes parents, au-delà de la durée stipulée par la politique du CSSS:

Normalement, on est supposé de le laisser six mois ouvert. (...) Mais on se laisse une manœuvre [surtout pour les jeunes parents ...]. Des fois après quelques mois, ils nous relancent. Comme c'est des jeunes parents (...) tu sais ils sont spontanés, ils ont besoin, ils ont des problématiques immédiates, donc on se laisse une marge de manœuvre. Puis écoute, si j'ai déjà fermé le dossier puis qu'elle vient avec une problématique et c'est moi qui l'a suivie, je suis très ouverte. Moi je rouvre le dossier facilement pour les jeunes.

Ainsi, même si elles perçoivent leur présence auprès des familles comme étant «moins significative», les intervenantes spécifient qu'elles demeurent accessibles «*s'il arrive quoi que ce soit*». D'une certaine manière, l'accompagnement peut avoir pris fin, mais l'intervention n'est pas

⁴² Dans un site, après trois mois d'inactivité dans le dossier d'une famille, un message informatisé signale aux archivistes d'informer l'intervenante privilégiée de la situation.

conclue ou rompue définitivement, du point de vue des intervenantes. L'on considère que les «*jeunes mères sont toujours en besoin de services spontanés, ponctuellement*», même si elles ont «*beaucoup de forces*» ou qu'elles «*connaissait bien les ressources*».

À cet égard, la plupart des jeunes femmes rencontrées en entretien ont indiqué que la réduction progressive de l'intensité de l'intervention d'accompagnement correspond habituellement à leurs attentes, considérant leur sentiment accru de compétence parentale, leurs occupations et l'élargissement de leur réseau d'aide, surtout en termes de ressources dans la communauté. Certaines ont souligné, cependant, qu'elles envisageaient poursuivre l'accompagnement amorcé dans le cas d'une nouvelle grossesse. Par ailleurs, les jeunes femmes qui ne recevaient plus de services, sur proposition de leur intervenante, ont interprété la situation comme suit: elles savent désormais «*comment s'occuper de leur enfant*»; leur enfant «*n'est pas en danger*»; tout «*va bien*»; et elles sont un «*bon parent*». Certaines ont d'ailleurs compris que d'autres jeunes femmes avaient plus de besoins et de problèmes qu'elles: «*Fait qu'on a été coupés...*». Aucune n'a exprimé de désaccord quant à l'offre de mettre un terme à l'accompagnement, que celle-ci ait été communiquée en personne ou par la poste.

Somme toute, l'on comprendra que la «fin» de l'accompagnement privilégié, ou la «sortie du PSJP», puissent être difficiles à circonscrire. Pour plusieurs intervenantes, cette fin est conçue comme étant ouverte ou temporaire, puisqu'elles restent disponibles, dans la mesure du possible, si d'autres situations nécessitent leur apport. La vulnérabilité des jeunes parents demeure bien réelle pour les intervenantes. Ainsi, bien que soit remise en question la durée de l'accompagnement privilégié auprès des familles il se pourrait que la disponibilité des intervenantes, «*en cas de besoin*», combinée à leur souci d'assurer le recours des familles à d'autres ressources du RLS (cf. Annexe E), constitue l'amorce de formes plurielles, voire polymorphes, d'accompagnement postnatal. Dans les faits, les familles pourraient bénéficier d'un accompagnement d'une durée plus prolongée que celle vécue par les intervenantes des CSSS.

5.3 Quelles relations se construisent entre les équipes interprofessionnelles et les ressources locales?

5.3.1 Diversité de ressources

Les équipes interprofessionnelles PSJP/SIPPE entretiennent des liens avec une diversité de ressources, autant pour accroître l'offre de services aux jeunes parents, en réponse à des besoins spécifiques, que pour appuyer leur intervention d'accompagnement. Ces ressources sont internes au CSSS ou externes, dans le RLS.

Les ressources internes du CSSS incluent principalement les collègues immédiats du secteur EFJ. Lorsque pertinent, d'autres équipes du CSSS, soit des secteurs de la santé mentale, de la déficience intellectuelle et des troubles envahissants du développement, de la Jeunesse, de la Santé scolaire et des Services généraux figurent parmi les ressources internes privilégiées.

Les ressources du RLS sont à la fois institutionnelles et communautaires. Les principales ressources institutionnelles sont les Commissions scolaires, les CPE, les Centres hospitaliers, les Centres de réadaptation, les Centres jeunesse et les Centres locaux d'emploi. Quant aux organismes communautaires, il s'agit de ceux offrant des services d'aide alimentaire ou de renforcement des compétences pour une saine alimentation; du répit pour les parents et des activités de stimulation pour les enfants; ainsi que de l'accompagnement des parents dans leurs démarches d'accès au logement et à l'emploi. Il s'agit des principaux secteurs d'intervention des projets financés dans le cadre du volet CEF du programme.

Dans l'ensemble, les gestionnaires rencontrées affirment que les mécanismes de référence et de partage d'informations devraient être mieux balisés. Selon elles, une meilleure connaissance mutuelle entre leurs équipes SIPPE et les ressources complémentaires à leur offre de services, ainsi que l'établissement de protocoles, faciliteraient l'acheminement des références et le suivi des familles. Au moment où nous avons rencontré les gestionnaires, certaines ententes formelles avaient été développées. Cependant, leur mise en action n'apparaissait pas répandue.

En ce qui a trait aux liens entretenus avec les ressources du RLS, ceux-ci sont qualifiés de «*faibles*» à «*très bons*» par les gestionnaires, sans distinction de la région concernée. Toutefois, lorsque la qualification de ces liens est considérée en fonction des modalités d'organisation des équipes (cf. section 5.1.1), c'est dans la modalité 2 que ces relations sont évaluées plus «*faibles*» par les gestionnaires. Il s'agit de la modalité qui apparaît la plus fréquente dans notre échantillon et dans laquelle les équipes souhaiteraient davantage d'espaces de collaboration interprofessionnelle (Modalité 2. Attribution d'une intervenante privilégiée selon l'identité professionnelle). De plus, c'est dans cette modalité que l'on retrouve les sites qui rapportent moins d'inscriptions annuelles (moins de 20 familles PSJP). Par extension, ce nombre plus restreint pourrait réduire, en quelque sorte, les opportunités de développement de liens avec des ressources, que ce soit de l'ordre de la collaboration ou d'autres formes de coopération.

5.3.2 Le cas du lien entre les équipes PSJP/SIPPE et les Centres jeunesse

La fréquence avec laquelle le sujet suivant a été abordé mérite une mention particulière. Nous résumons ici l'essentiel d'une réalité affirmée de manière récurrente quant au lien entre les équipes PSJP/SIPPE et les Centres jeunesse, des partenaires qui s'avèrent incontournables dans la trajectoire d'accompagnement des familles.

Essentiellement, il y a consensus entre les gestionnaires des SIPPE et les intervenantes privilégiées à l'effet que l'accompagnement des jeunes parents doit s'inscrire dans une «*démarche volontaire*». Toutefois, malgré des séances de formation suivies par plus de 80 % des intervenantes au sujet du cadre d'application de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, des préoccupations demeurent, et sont soulevées périodiquement, quant à leur rôle auprès de jeunes parents qui ont reçu l'ordonnance d'un juge de recourir aux services du PSJP. De l'avis des gestionnaires rencontrées, les intervenantes estiment que l'accompagnement, dans ces cas particuliers, «*déborde du cadre de la prévention*» et que cela peut outrepasser leurs

compétences. De plus, les gestionnaires ont indiqué que ces «*dossiers conjoints avec la DPJ*» créent parfois l'impression chez des intervenantes de «*nuire à la sécurité des enfants*»: elles perçoivent que les professionnels des CJ se manifesteraient moins souvent lorsque la famille est prise en charge par les SIPPE. Une gestionnaire a précisé :

On est un filet de sécurité pour la famille, mais on a l'impression que la situation de l'enfant se détériore parce que, justement, on est le filet de sécurité. On se demande pourquoi on est là. Le Centre jeunesse interviendrait de façon peut-être plus massive et peut-être avec un aspect judiciaire qu'on n'a pas.

Ainsi, les relations entre les SIPPE et les services de PJ soulevaient de fréquentes interrogations au moment de ces entretiens. Cette préoccupation a d'ailleurs été transmise aux membres du *Comité de suivi ministériel* de cette recherche évaluative dès 2008-2009.

5.3.3 Des relations en construction

Compte tenu de la diversité des ressources nommée ci-haut, les gestionnaires ont généralement fait état de «*relations à construire*» entre leurs équipes PSJP/SIPPE et ces partenaires. L'objectif principal se résume à favoriser une meilleure connaissance entre les intervenants et à établir des mécanismes de référence «*personnalisés*» pour les familles, de l'équipe SIPPE vers les ressources.

Pour ce faire, elles décrivent leur rôle comme celui d'*interface* entre les ressources locales et leur équipe. D'une part, elles siègent à des Tables de concertation ou dans divers comités pour établir ou maintenir un lien avec les ressources. D'autre part, elles demeurent disponibles pour rencontrer les partenaires qui en font la demande. Par ailleurs, elles soutiennent la présence d'une professionnelle, au sein de leur équipe, qui a pour rôle d'assurer, en continue, la construction des liens envisagés. Ce «*rôle pivot*» est généralement assuré par une organisatrice communautaire du CSSS; ou par une intervenante de l'équipe SIPPE qui, dans certains cas, déploie une partie de ses activités dans des ressources communautaires.

Outre ces arrangements destinés à la construction de liens, les gestionnaires sont d'avis qu'une certaine convergence est nécessaire entre les valeurs, les intérêts ou les missions des ressources locales et les priorités des équipes PSJP/SIPPE. Ces dernières ont des attentes en termes de «*ce qui convient*» à la clientèle et à leurs principes d'intervention. Les gestionnaires résument bien cette condition lorsqu'elles précisent que les «*ressources doivent répondre à la fois à la clientèle et aux perceptions des intervenants*». Ainsi, les organismes qui prennent «*une tangente qui ne nous convient pas*» ne sont plus considérés des partenaires, à moyen-long terme.

Toutefois, cette convergence souhaitée peut être contre-productive. Les gestionnaires constatent que les différents acteurs, qu'ils soient de l'équipe SIPPE ou du RLS, ont souvent des conceptions fragmentaires, et parfois différentes, de ce que constitue le volet *Création d'environnements favorables* du programme, et de son interaction avec le volet *Accompagnement des familles*. Ce faisant, la convergence selon les visées particulières des

équipes SIPPE fait en sorte que l'intervention demeure principalement centrée sur des besoins individuels des familles; tandis que la mobilisation d'autres acteurs qui pourraient avoir une incidence sur les conditions ou le milieu de vie des familles en situation de vulnérabilité demeure de moindre envergure. Une compréhension plus fine de ce que constitue la CEF s'avérerait donc souhaitable, de l'avis de certaines gestionnaires, dans l'optique de renforcer et de diversifier la construction de la collaboration et de la concertation entre les ressources. Une conclut cette idée: *«Ça n'appartient pas juste à l'équipe péri (...) C'est hautement politique, les municipalités doivent y participer, les commissions scolaires, [les ressources de] la communauté aussi.»*

En parallèle, les gestionnaires soulignent que les cibles de gestion du programme ne permettent pas de témoigner de la contribution des divers partenaires du RLS à l'accompagnement des familles. Dans la mesure où l'apport spécifique de ces partenaires ne fait pas partie des «statistiques», elles sont d'avis qu'il y a moins de marge de manœuvre pour renforcer le prolongement de ces collaborations ou pour élargir le réseau local de partenaires. Une gestionnaire témoigne: *«Dans le Comité Tout-petits, on demande la valorisation de toute l'énergie mise dans le programme et la contribution des partenaires. Rien de cela n'est prévu alors que cela fait partie d'un filet de sécurité.»*

En somme, les relations entre les équipes interprofessionnelles PSJP/SIPPE et les ressources locales, qu'elles soient internes ou externes au CSSS, sont généralement peu structurées. Il s'agirait de divers degrés de collaboration, telle que définie par Bourque (2010). Selon ce dernier, *«la collaboration se déroule dans le cadre de l'offre de services courants d'une organisation»* et comporte essentiellement des références ou de l'échange d'information entre des organisations ou équipes qui acceptent d'apporter une certaine contribution à la réalisation de la mission de l'autre (pp. 4-5). Par ailleurs, malgré le souhait exprimé au regard d'une certaine cohérence de visions ou d'alignement des interventions, il semble que la coopération avec des ressources ayant des logiques ou des approches différentes de celles des équipes PSJP/SIPPE soit plus difficile à envisager ou à développer, d'autant plus que les mécanismes de reddition de comptes ne permettent pas de reconnaître la collaboration. Vu de la sorte, il ne s'agit pas de conditions propices à la formalisation de collaborations durables, ni à l'harmonisation des pratiques d'accompagnement des familles, et encore moins à l'établissement de concertations et à l'engagement dans des partenariats (René & Gervais, 2001).

5.4 Quelles sont des spécificités de l'allocation des ressources à l'intervention d'accompagnement des familles?

Les critères d'allocation des ressources financières à la composante d'*Accompagnement des familles* du PSJP⁴³, ainsi que l'atteinte des cibles de gestion fixées par les instances régionales

⁴³ Les termes des gestionnaires, renvoient au *nombre de visites à domicile à réaliser, selon le nombre prévu de femmes de moins de 20 ans qui auront accouché sur le territoire du CSSS, avant la fin de l'année financière (31 mars).*

et ministérielles, ont fait l'objet de longues élaborations de la part des gestionnaires des équipes SIPPE. À travers l'exercice qu'impose la transmission de statistiques aux ASSS, elles ont pour principale préoccupation d'atteindre les cibles de gestion prévues, tout en assurant un climat de travail sain pour les intervenantes qui tentent de répondre aux besoins de la clientèle, selon leurs réalités particulières. Lorsque les cibles de gestion ne sont pas atteints, elles affirment que cela réduit les ressources financières subséquentes, dans un contexte où il est déjà considéré irréaliste d'appliquer les principes et stratégies mis de l'avant par ce programme, considérant les ressources humaines disponibles.

Règle générale, les gestionnaires sont d'avis que les cibles de gestion imposées ne correspondent pas au déploiement de l'intervention par leurs équipes qui tentent d'appliquer l'intensité visée de l'AF. Ces critères ne permettent pas de tenir compte de l'ensemble des femmes inscrites et qui reçoivent des services, y incluant celles qui accouchent après la fin de l'année financière, mais dont le suivi prénatal est déjà bien engagé avant le 1^{er} avril. De plus, à l'image des indices d'intensité présentés plus haut (Annexe C), les gestionnaires doivent composer avec le fait que l'intervention d'accompagnement ne se déroule pas qu'à domicile. D'ailleurs, afin de respecter la «*qualité volontaire du programme*», tout en tentant de favoriser le maintien des familles dans le PSJP, il arrive que des équipes offrent une certaine «*liberté de choix*» aux jeunes parents quant aux lieux des rencontres. Ceci réduit les statistiques portant sur l'intensité des visites à domicile, particulièrement en période prénatale:

Lorsqu'on leur donne le choix entre venir au CLSC ou aller à domicile, 98 % d'entre elles choisissent de venir au CLSC. Parfois la première visite à domicile se fait après l'accouchement.

Une autre pratique qui «*joue des tours sur la reddition de comptes*» est l'offre d'activités de groupe, malgré la demande de prioriser l'intervention individualisée. Il existe un ferme consensus entre les intervenantes quant aux retombées positives de telles interventions auprès des jeunes parents. Pour ne pas retrancher les statistiques attendues, une des équipes participant à cette recherche poursuit l'offre d'activités de groupe durant lesquelles des intervenantes effectuent, puis documentent, les interventions individuelles réalisées auprès des jeunes parents.

Bref, les équipes tentent, lorsque possible, d'ajuster leurs pratiques selon les cibles de gestion, dans l'optique d'assurer une continuité de ressources financières, ceci dans un contexte où elles estiment que les réalités de l'intervention d'accompagnement ne sont pas reconnues ou légitimées. Ces critères ne permettent pas de souligner le travail accompli, ni de témoigner de la richesse de l'intervention en contexte de vulnérabilité. Au pire, les intervenantes perçoivent qu'elles «*se font dire qu'elles n'en font pas assez*». Le temps et la souplesse nécessaire pour établir un lien de confiance avec les familles, le jugement clinique qu'elles exercent, ainsi que les résultats de leur intervention n'apparaissent pas valorisés. Les cibles de gestion créent une certaine frustration avec laquelle composer : «*Nos résultats ce n'est pas 'est-ce que le client va mieux'? C'est... 'Combien tu en rejoins?'*».

À ce titre, plusieurs gestionnaires ont témoigné de l'importance qui doit être accordée à la reconnaissance du travail accompli par leurs équipes, dans le souci de réduire la perte de ressources humaines ou d'éviter l'épuisement professionnel qu'elles associent, en partie, aux exigences de l'intensité du programme. Une précise son propos de manière éloquente:

J'ai à prendre soin d'une équipe. Si je la rends malade en disant «go, go, go», l'équipe s'essouffle. À un moment donné, on n'a pas le choix de faire autrement. Les ententes de gestion dictent notre fonctionnement. C'est dramatique pour les intervenantes, elles sont souvent bouleversées. On ne travaille pas pour des machines, avec des machines et on n'est pas des machines!

Ainsi, quelque soit la région d'intervention, il se dégage un consensus des propos des gestionnaires: les cibles de gestion relatives au volet AF du programme nécessitent des ajustements et une redéfinition partagée entre les acteurs concernés. «*La reddition de compte aurait besoin d'être redéfinie, d'être revue, (...) avec d'autres définitions*». Clairement, les gestionnaires rencontrées ont à cœur la qualité de l'intervention déployée auprès des familles. En aucun cas a-t-il été question de remettre en cause la légitimité d'un processus de reddition de comptes, en soi. Toutefois, il leur importe d'identifier des processus et dispositifs pour reconnaître la complexité de l'intervention d'accompagnement des familles et soutenir son élaboration.

ANNEXE G

CONDITIONS ASSOCIÉES AU DÉPLOIEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT PRIVILÉGIÉ

1. Questions d'évaluation

Trois questions permettent d'explorer et de rendre compte de conditions associées au déploiement de l'accompagnement privilégié, aux différents moments de la trajectoire d'intervention:

- 1) Comment varie l'intensité de l'intervention d'accompagnement selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles?
- 2) Quelles conditions contextuelles et de vulnérabilité sociale sont associées à l'attrition dans le PSJP?
- 3) Quelles conditions contextuelles et de vulnérabilité sociale sont associées à l'intensité de l'accompagnement privilégié?

L'évaluation réaliste ayant pour objet d'identifier quelles combinaisons de *mécanismes* et de *conditions contextuelles* pourraient générer les changements visés par un programme, ces questions visent à cerner des trajectoires d'accompagnement des familles selon leurs réalités de vulnérabilité sociale, tout en considérant le contexte de l'intervention déployée, afin de comprendre les changements observés ou non chez les bébés et leurs parents.

Les indices d'intensité de l'intervention d'accompagnement présentés plus tôt (cf. Annexe C) suggèrent que l'intensité déployée varie en fonction du temps, notamment selon le stade de la grossesse et avec l'arrivée du bébé. Par ailleurs, les réalités de vulnérabilité sociale des jeunes parents n'étant pas homogènes (cf. Annexe D), il est vraisemblable que la pratique d'accompagnement des intervenantes comporte également des ajustements selon leur interprétation des circonstances de vie des familles et l'espace relationnel qui prend forme (cf. Annexe E). À cet effet, les intervenantes privilégiées et les gestionnaires ont maintes fois souligné que l'intensité de l'intervention d'accompagnement, ainsi que le recours à différents types de professions, pouvaient être ajustés selon les conditions de vulnérabilité des familles. Dans la mesure où ce sont généralement les jeunes parents «*plus vulnérables*» qui semblent priorisées, il reste à savoir s'il est possible d'assurer la continuité de l'accompagnement auprès de ces familles, en termes de fréquence de contacts et de durée.

Enfin, le PSJP étant un programme de type procédural (Howlett, 2000) dans lequel les décideurs déterminent des orientations à privilégier, puis attribuent des ressources en laissant une certaine ouverture quant au déploiement de l'intervention, les choix effectués aux niveaux local, régional ou ministériel constituent des conditions contextuelles structurantes qu'il importe de considérer au regard de l'actualisation du PSJP. En particulier, les modalités d'organisation de l'intervention d'accompagnement dans les équipes interprofessionnelles, ainsi que l'attribution de ressources financières aux deux volets du programme, ou encore, les mesures de soutien en termes de formation continue, peuvent intervenir dans l'actualisation de l'intervention et exercer une influence sur les changements visés par le programme.

2. Méthode

Des **données issues de différentes sources** permettent d'affiner notre compréhension de l'actualisation du volet Accompagnement des familles du PSJP. Les mesures d'intensité de l'intervention (Annexe C), les informations rendant compte de la réalité de vulnérabilité sociale des jeunes parents, aux différents temps de mesure (Annexe D), ainsi que les propos d'intervenantes privilégiées et de gestionnaires (Annexes E et F) sont considérés. Il est à noter que les indicateurs retenus pour décrire l'intervention déployée, dans ce qui suit, sont ceux jugés les plus fiables au terme de la collecte de données; tandis que les variables rendant compte de l'expérience vécue des familles et du contexte de l'intervention d'accompagnement sont retenues sur la base de critères de fiabilité, de signification théorique et de pertinence pour une réflexion sur l'action.

Le détail des **analyses statistiques** sera élaboré dans chacune des trois sections suivantes, avec la présentation des résultats. Ces derniers sont généralement présentés selon différentes périodes d'intervention afin de réfléchir la trajectoire de l'accompagnement des familles compte tenu des recommandations du programme relatives à l'intensité de l'intervention.

Le Tableau 38 présente la répartition des familles selon chacune des périodes d'intervention et la réalité de vulnérabilité sociale (R1, R2, et R3): il s'agit de l'**échantillon de familles** à partir duquel les analyses sont effectuées. Pour les périodes d'intervention postnatale, la classification selon les réalités de vulnérabilité sociale a été complétée à partir d'un processus d'imputation statistique afin d'augmenter la puissance des analyses. Ainsi, 60 des 64 familles auxquelles il n'avait pas été possible d'attribuer initialement une réalité de vulnérabilité sociale, compte tenu du traitement des données manquantes par les procédures de clusterisation (cf. Annexe D), ont pu être classées pour les analyses postnatales. Il est à noter qu'il n'y a pas d'indication de variations significatives quant à la répartition des familles de la cohorte selon leur réalité de vulnérabilité sociale à travers les différentes périodes de la trajectoire d'intervention.

Tableau 38. Répartition des familles selon les périodes d'intervention et la réalité de vulnérabilité sociale

Réalité de vulnérabilité sociale	Répartition des familles selon la période d'intervention					
	n (%)					
	Prénatale	0-6 semaines	7 semaines – 6 mois	7 – 12 mois	13 – 18 mois	19 – 24 mois
	N = 387	N = 366	N = 395	N = 357	N = 247	N = 147
R1	136 (38,2%)	133 (39,5%)	145 (36,7%)	134 (37,5%)	90 (36,4%)	57 (38,8%)
R2	94 (26,4%)	86 (25,5%)	116 (29,4%)	108 (30,3%)	76 (30,8%)	46 (31,3%)
R3	126 (35,4%)	118 (35,0%)	134 (33,9%)	115 (32,2%)	81 (32,8%)	44 (29,9%)

3. Résultats

3.1. Comment varie l'intensité de l'intervention d'accompagnement selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles?

L'intensité de l'intervention d'accompagnement est examinée selon deux angles, à travers les périodes d'intervention pré et postnatale. D'une part, elle est décomposée selon le type de professionnel engagé auprès des familles vivant différentes réalités de vulnérabilité sociale. D'autre part, l'intensité de l'intervention est appréhendée uniquement selon les trois réalités de vulnérabilité sociale des familles. La question est d'explorer si, et comment, l'intensité de l'intervention déployée par les équipes en CSSS est différente à travers le temps selon les conditions des familles accompagnées.

3.1.1 Intensité de l'intervention selon le type de professionnel et la réalité de vulnérabilité sociale des familles

Bien que la presque totalité des familles soient accompagnées par des infirmières, un propos récurrent suggère que les travailleuses sociales seraient davantage impliquées auprès de familles présentant des besoins sociaux importants. La fréquence moyenne de contacts effectués par différentes catégories de professionnelles est donc examinée.

Les professions les plus présentes auprès des familles sont considérées. Pour la période prénatale et les 6 premières semaines de vie du bébé, il s'agit des infirmières, des travailleuses sociales et des nutritionnistes. À ces trois professions s'ajoutent les psycho-éducatrices ou éducatrices spécialisées pour les analyses des périodes postnatales.

La durée d'exposition à l'intervention prénatale étant corrélée avec la fréquence des contacts ($r = 0,33$; $p < 0,01$; taille d'effet moyen), une analyse de covariance a été privilégiée pour l'ensemble des périodes d'intervention. Cette procédure permet de contrôler statistiquement l'effet de la durée d'exposition à l'intervention lorsqu'il s'agit de déterminer s'il y a des différences significatives au regard du nombre de contacts documentés. Des comparaisons binaires complètent l'analyse afin de cerner s'il y a des différences significatives quant à l'engagement de chaque type de profession selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles.

Le Tableau 39 présente les résultats relatifs à la fréquence moyenne de contacts individuels, ajustée selon la durée d'exposition, quel que soit le lieu, en personne ou au téléphone, pour chaque type de profession, selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles, ceci pour chacune des 6 périodes d'intervention.

Tableau 39. Fréquence moyenne de contacts individuels, en personne ou au téléphone, ajustée selon la durée d'exposition, pour chaque type de professionnel, selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles: 6 périodes d'intervention

Profession	Fréquence moyenne de contacts individuels, ajustée selon la durée d'exposition			Statistiques comparatives (valeur p)		
	R1	R2	R3	R1 x R2	R1 x R3	R2 x R3
Période prénatale (N = 387)						
Infirmière	5,4	6,4	6,7	0,05*	0,03*	0,89
Trav. sociale	4,3	4,7	5,6	0,45	0,03*	0,22
Nutritionniste	4,0	3,9	4,4	0,53	0,42	0,18
Période 0 – 6 semaines (N = 366)						
Infirmière	5,3	5,2	5,4	0,76	0,80	0,60
Trav. sociale	1,9	2,0	3,0	0,64	0,00*	0,01*
Nutritionniste	1,5	1,5	1,2	0,94	0,38	0,46
Période 6 semaines – 6 mois (N = 395)						
Infirmière	8,6	8,5	8,6	0,85	0,98	0,88
Trav. sociale	2,2	2,1	2,2	0,85	0,99	0,86
Éducatrice	1,2	1,0	1,1	0,77	0,89	0,88
Nutritionniste	1,7	1,7	1,4	0,96	0,40	0,46
Période 7 – 12 mois (N = 357)						
Infirmière	5,1	5,4	5,0	0,60	0,84	0,49
Trav. sociale	1,9	2,3	2,0	0,27	0,73	0,46
Éducatrice	0,9	1,2	1,3	0,44	0,31	0,83
Nutritionniste	1,3	1,1	0,9	0,54	0,13	0,41
Période 13 – 18 mois (N = 247)						
Infirmière	4,0	4,6	4,0	0,37	0,98	0,37
Trav. sociale	1,4	2,7	1,5	0,01*	0,86	0,02*
Éducatrice	1,0	0,9	0,3	0,98	0,03*	0,04*
Nutritionniste	1,3	0,9	0,5	0,26	0,02*	0,23
Période 19 – 24 mois (N = 147)						
Infirmière	2,9	3,0	3,7	0,84	0,21	0,31
Trav. sociale	1,3	1,5	1,5	0,61	0,62	0,99
Éducatrice	0,9	0,5	0,1	0,20	0,02*	0,30
Nutritionniste	0,7	0,5	0,5	0,49	0,42	0,91

Le tableau suivant présente les résultats relatifs à la fréquence moyenne de contacts effectués à domicile, ajustée selon la durée d'exposition, par chaque type de profession, selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles, toujours pour chacune des 6 périodes d'intervention.

Tableau 40. Fréquence moyenne de contacts à domicile, ajustée selon la durée d'exposition, pour chaque type de professionnel, selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles: 6 périodes d'intervention

Profession	Fréquence moyenne de contacts à domicile, ajustée selon la durée d'exposition			Statistiques comparatives (valeur p)		
	R1	R2	R3	R1 x R2	R1 x R3	R2 x R3
Période prénatale (N = 387)						
Infirmière	3,4	4,1	4,3	0,12	0,04*	0,73
Trav. sociale	2,5	3,2	3,7	0,12	0,003*	0,26
Nutritionniste	2,3	2,0	1,9	0,20	0,03*	0,48
Période 0 – 6 semaines (N = 366)*						
Infirmière	4,0	4,0	3,8	0,94	0,48	0,48
Trav. sociale	1,5	1,9	2,0	0,22	0,05*	0,65
Période 6 semaines – 6 mois (N = 395)						
Infirmière	5,2	4,8	4,8	0,50	0,39	0,87
Trav. sociale	1,3	1,1	1,2	0,55	0,79	0,74
Éducatrice	0,9	0,9	0,9	0,99	0,95	0,95
Nutritionniste	0,7	0,8	0,7	0,85	0,70	0,59
Période 7 – 12 mois (N = 357)						
Infirmière	3,1	3,2	2,7	0,75	0,39	0,27
Trav. sociale	1,0	1,3	0,9	0,15	0,89	0,13
Éducatrice	0,9	0,9	0,7	0,92	0,65	0,60
Nutritionniste	0,5	0,4	0,4	0,69	0,59	0,90
Période 13 – 18 mois (N = 247)						
Infirmière	2,3	2,5	2,1	0,69	0,67	0,42
Trav. sociale	0,6	1,0	0,7	0,05*	0,55	0,18
Éducatrice	0,7	0,7	0,2	0,89	0,07*	0,06*
Nutritionniste	0,4	0,4	0,2	0,81	0,16	0,26
Période 19 – 24 mois (N = 147)						
Infirmière	1,9	1,7	2,1	0,64	0,68	0,40
Trav. sociale	0,8	0,6	0,7	0,71	0,85	0,86
Éducatrice	0,6	0,5	0,1	0,74	0,05*	0,12
Nutritionniste	0,3	0,3	0,2	0,79	0,47	0,66

* Les nutritionnistes ne réalisent pratiquement pas de visites à domicile durant la période postnatale 0-6 semaines.

Bien que la *signification clinique* des différences notées quant à la fréquence moyenne des contacts réalisés demeure incertaine, les *tendances observées* donnent tout de même une indication des différentes trajectoires d'intervention d'accompagnement à l'œuvre:

- Il n'y a pas de différences significative quant à la présence relative de chaque catégorie de profession auprès des familles, selon leur réalité de vulnérabilité sociale, durant une bonne partie de la première année de vie du bébé, soit de 6 semaines à 12 mois, que ce soit en termes d'accompagnement privilégié individualisé ou de contacts à domicile seulement. Les différences se situent surtout durant la période prénatale et les premières semaines de vie du bébé; puis après le premier anniversaire de naissance du bébé.
- En période prénatale, les familles du regroupement R3 seraient plus en contact avec une travailleuse sociale, comparativement aux familles du regroupement R1, que ce soit pour l'ensemble des rencontres individualisées ou à domicile seulement. Par ailleurs, les familles du regroupement R1 recevraient moins de contacts individualisés par des infirmières, comparativement aux familles R2 et R3; et moins de visites à domicile par les infirmières comparativement aux familles du regroupement R3, ce qui pourrait être compensé, en partie, par les visites à domicile par des nutritionnistes.
 - Les familles du regroupement R3 sont celles comprenant davantage de jeunes parents qui rapportent une perception moins favorable de leur santé et qui cumulent diverses conditions de vulnérabilité, généralement de manière plus substantielle que les autres jeunes parents. Les familles du regroupement R1 s'inscrivent dans une trajectoire qui s'apparente davantage au parcours de jeunes adultes en devenir; les jeunes femmes tendent plutôt à être majeures, vivent en couple et en sont à leur première grossesse.
- Dans les semaines suivant la naissance du bébé, les travailleuses sociales sont davantage en contact avec les familles du regroupement R3, comparativement aux familles des regroupements R1 et R2. Aussi, elles sont plus présentes au domicile de ces familles comparativement aux familles du regroupement R1.
- Durant la période 13 à 18 mois de vie du bébé, les travailleuses sociales réalisent davantage de contacts individualisés avec les familles du regroupement R2; et notamment au domicile comparativement aux familles du regroupement R1.
 - Il s'agit des familles dont les jeunes femmes habitaient chez leurs parents, ou ceux de leur partenaire, durant la grossesse. Ces couples ont tendance à être plus jeunes et se connaissent depuis moins longtemps que les autres parents de la cohorte. Règle générale, ces jeunes femmes ont emménagé dans leur propre appartement depuis la naissance de l'enfant.
- Toujours durant la période de 13 à 18 mois de vie du bébé, il apparaît que les psycho-éducatrices ou éducatrices spécialisées seraient moins présentes auprès des familles du regroupement R3, que ce soit pour toute forme de contact individualisé ou pour les contacts à domicile seulement. Cette tendance se poursuivrait pour ces familles, comparativement à celles du regroupement R1, durant la période subséquente. Enfin, les nutritionnistes auraient aussi moins de contacts individualisés avec les familles du regroupement R3, comparativement à celles du regroupement R1, durant la période 13-18 mois.

En somme, il semble qu'une certaine différenciation soit à l'œuvre quant à la fréquence des contacts des familles avec des intervenantes privilégiées. Les tendances relevées appuient des propos d'intervenantes et de gestionnaires qui affirment que les travailleuses sociales sont davantage engagées auprès de familles «plus vulnérables». Durant la grossesse, ainsi que les six premières semaines de vie du bébé, les familles dont la trajectoire de vie semble comporter un cumul de conditions de vulnérabilité sociale (R3) seraient davantage exposées à des travailleuses sociales, ce qui témoigne d'une certaine lecture de leur expérience de vulnérabilité. Par ailleurs, dans les six mois suivant le premier anniversaire du bébé, les travailleuses sociales se retrouvent davantage engagées auprès de familles dont les mères ont tendance à être plus jeunes. Ces dernières se retrouvent souvent en transition hors du foyer de leurs parents et donc dans une certaine zone de fragilité psychosociale. Enfin, toujours après le premier anniversaire de naissance du bébé, la tendance signalant que les psycho-éducatrices ou éducatrices spécialisées auraient moins de contacts avec les familles du regroupement R3, comparativement aux autres familles, signale moins d'hétérogénéité de professions auprès de ces familles.

3.1.2 Intensité de l'intervention selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles

3.1.2.1 Analyse par période d'intervention

Les tableaux suivants présentent l'intensité de l'intervention d'accompagnement privilégié, selon trois indices différents, à travers sept périodes balisant la trajectoire d'accompagnement des familles, toujours selon leurs réalités de vulnérabilité sociale.

Tel que précédemment (Annexe C), les indices d'intensité pour la période d'intervention prénatale sont distingués selon deux périodes: «du premier contact PSJP jusqu'à 6 semaines avant l'accouchement» et les «6 dernières semaines de grossesse». Il est à noter que seules les familles pour lesquelles il y a eu naissance d'un bébé à terme sont considérées pour les périodes prénatales et postnatale 0 à 6 semaines.

Par ailleurs, chaque indice d'intensité est assorti d'un intervalle de confiance de 95%. Règle générale, lorsque les intervalles de confiance de deux indices ne se recoupent pas, la différence est considérée statistiquement significative. Cependant, ces intervalles se recoupent invariablement au terme des analyses effectuées, suggérant ainsi qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives selon les trois réalités de vulnérabilité sociale. Des comparaisons binaires complètent tout de même l'analyse de type ANOVA afin de déceler des tendances.

Le Tableau 41 prend en compte tous les contacts individuels, quel que soit le lieu, en personne ou au téléphone.

Tableau 41. Intensité de l'accompagnement privilégié des familles selon la réalité de vulnérabilité sociale: 7 périodes d'intervention

Période d'intervention	Intensité de l'accompagnement privilégié [IC]			Statistiques comparatives (valeur p)		
	R1	R2	R3	R1 x R2	R1 x R3	R2 x R3
1^{er} contact à 6 sem. pré-accouchement	0,45 [0,40 – 0,49]	0,47 [0,43 – 0,53]	0,52 [0,46 – 0,56]	0,48	0,02*	0,17
6 dernières semaines de grossesse	0,80 [0,71 – 0,89]	0,76 [0,64 – 0,93]	0,93 [0,83 – 1,08]	0,63	0,12	0,06
0 – 6 semaines	1,09 [1,01 – 1,23]	1,04 [0,95 – 1,17]	1,13 [1,05 – 1,27]	0,54	0,61	0,29
7 semaines – 6 mois	1,13 [1,00–1,27]	1,07 [0,91–1,23]	1,00 [0,86–1,14]	0,55	0,18	0,51
7 – 12 mois	0,78 [0,63–0,93]	0,79 [0,65–0,94]	0,72 [0,58–0,86]	0,90	0,54	0,48
13 – 18 mois	0,87 [0,66–1,08]	0,88 [0,64–1,12]	0,64 [0,51–0,77]	0,94	0,096	0,095
19 – 24 mois	0,64 [0,43–0,84]	0,61 [0,42–0,80]	0,65 [0,41–0,89]	0,87	0,94	0,82

Les Tableaux 42 et 43 présentent, successivement, les contacts réalisés à domicile uniquement et les contacts réalisés soit à domicile ou au CSSS.

Tableau 42. Intensité des visites à domicile auprès des familles selon la réalité de vulnérabilité sociale: 7 périodes d'intervention

Période d'intervention	Intensité des visites à domicile [IC]			Statistiques comparatives (valeur p)		
	R1	R2	R3	R1 x R2	R1 x R3	R2 x R3
1^{er} contact à 6 sem. pré-accouchement	0,24 [0,21 – 0,28]	0,27 [0,23 – 0,32]	0,30 [0,25 – 0,33]	0,34	0,04*	0,34
6 dernières semaines de grossesse	0,56 [0,48 – 0,63]	0,49 [0,41 – 0,62]	0,56 [0,50 – 0,69]	0,29	0,96	0,27

0 – 6 semaines	0,78 [0,73 – 0,87]	0,77 [0,68 – 0,87]	0,80 [0,73 – 0,91]	0,75	0,72	0,53
7 semaines – 6 mois	0,69 [0,59–0,78]	0,63 [0,52–0,75]	0,58 [0,49–0,66]	0,47	0,11	0,42
7 – 12 mois	0,45 [0,35–0,56]	0,47 [0,37–0,56]	0,40 [0,31–0,49]	0,86	0,44	0,37
13 – 18 mois	0,45 [0,33–0,58]	0,45 [0,31–0,60]	0,33 [0,25–0,41]	1,00	0,15	0,17
19 – 24 mois	0,40 [0,25–0,55]	0,36 [0,21–0,50]	0,34 [0,20–0,49]	0,69	0,58	0,88

Tableau 43. Intensité «visites à domicile + contacts au CSSS», selon la réalité de vulnérabilité sociale: 7 périodes d'intervention postnatale

Période d'intervention	Intensité «visites à domicile + contacts CSSS» [IC]			Statistiques comparatives (valeur <i>p</i>)		
	R1	R2	R3	R1 x R2	R1 x R3	R2 x R3
1^{er} contact à 6 sem. pré-accouchement	0,35 [0,31–0,39]	0,38 [0,34–0,43]	0,41 [0,38–0,45]	0,29	0,02*	0,29
6 dernières semaines de grossesse	0,67 [0,58–0,75]	0,61 [0,50–0,72]	0,70 [0,61–0,80]	0,41	0,54	0,17
0 – 6 semaines	0,84 [0,76–0,92]	0,84 [0,74–0,93]	0,86 [0,78–0,94]	0,99	0,66	0,68
7 semaines – 6 mois	0,93 [0,81–1,04]	0,83 [0,70–0,96]	0,76 [0,65–0,86]	0,24	0,03*	0,39
7 – 12 mois	0,64 [0,51–0,77]	0,62 [0,50–0,73]	0,52 [0,42–0,62]	0,76	0,15	0,28
13 – 18 mois	0,68 [0,50–0,85]	0,63 [0,46–0,81]	0,46 [0,36–0,57]	0,71	0,05*	0,13
19 – 24 mois	0,52 [0,36–0,68]	0,47 [0,32–0,62]	0,49 [0,29–0,69]	0,69	0,81	0,89

Un examen de l'ensemble de ces données suggère ce qui suit:

- Dès le moment de l'inscription au PSJP, jusqu'à six semaines précédant l'accouchement, l'intensité de l'accompagnement individualisé pourrait être plus élevée pour les familles du regroupement R3 comparativement à celles du regroupement R1, ceci même à domicile. Une attention accrue aux familles du regroupement R3 pourrait encore être à l'œuvre durant les 6 dernières semaines de la grossesse. Il est à noter que cette tendance ne serait pas le résultat d'une entrée plus précoce dans le programme, puisque la durée d'exposition à l'intervention prénatale, en nombre de semaines, n'est pas différente entre les trois regroupements ($F(2,353) = 1,253; p = 0,29$).
- Durant les 6 premières semaines de vie du bébé, il n'y a pas de différences significatives quant à la mesure moyenne d'intensité de l'intervention d'accompagnement privilégié entre les trois regroupements de familles. Avec l'arrivée du bébé, les familles recevraient une intensité comparable, laquelle serait même un peu plus élevée qu'attendu. De l'avis général des intervenantes, l'atteinte de l'intensité souhaitée est certainement «*plus facile*» avec l'arrivée du bébé.
- Durant la période postnatale, d'autres observations ayant trait à l'intensité de l'intervention déployée auprès des familles du regroupement R3 retiennent l'attention. Bien que les indices d'intensité d'intervention individualisée ou de visites à domicile ne suggèrent pas de différences significatives lorsque le bébé est âgé de 7 semaines à 6 mois (Tableaux 41 et 42), le Tableau 43 suggère que les familles du regroupement R3 se rendent moins au CSSS comparativement aux familles du regroupement R1. Cette tendance se répète, après le premier anniversaire du bébé [13 à 18 mois]. Une analyse de type ANOVA qui n'a pris en compte que les contacts au CSSS confirme que les familles du regroupement R3 se déplacent moins au CSSS comparativement aux autres familles des regroupements R1 et R2 ($p < 0,02$) durant cette période de vie du bébé.
- Enfin, durant la dernière période d'observation [bébés 19 à 24 mois], il n'y a pas de différence statistiquement significative quant à l'intensité de l'intervention, quelque soit le type de contact considéré, selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles. L'intensité de l'intervention individualisée représenterait environ les deux tiers de ce qui est suggéré par le programme pour toutes les familles de la cohorte qui sont encore accompagnées.

En somme, les données recueillies des dossiers cliniques des familles suggèrent que les intervenantes ajusteraient l'intensité de leur intervention prénatale non seulement selon le stade de la grossesse, ou à l'arrivée du bébé (cf. Annexe C), mais qu'elles tentent aussi d'ajuster cette intensité selon la réalité de vulnérabilité sociale des jeunes parents: les familles du regroupement R3 semblent recevoir une intensité d'intervention PSJP **prénatale** différente, voire possiblement plus élevée, que celle déployée auprès des autres familles ayant participé à cette évaluation. Tout en soulignant qu'il s'agit de valeurs moyennes dont la signification clinique demeure incertaine, il n'en demeure pas moins que ces observations tendent à confirmer les propos recueillis auprès d'intervenantes et de gestionnaires qui tentent de prioriser les familles

«plus vulnérables» (Annexes E et F), que cette vulnérabilité soit temporellement liée au parcours de la maternité ou qu'elle distingue des familles qui sont davantage «*dans le besoin*».

Il n'en demeure pas moins que les résultats ne rendent pas compte d'une différenciation de l'intervention d'accompagnement **postnatale** qui soit aussi nette que ce que les propos des acteurs de l'intervention suggèrent. Dans les faits, les critères à partir desquels s'élabore un jugement clinique quant à la vulnérabilité des familles sont multiples et différents selon les intervenantes. Il n'y a pas de définition commune. Ceci peut donc faire en sorte que les statistiques portant sur des moyennes soient assez peu sensibles. De plus, les intervenantes ont fait remarquer que leurs critères ne sont pas nécessairement valides pour les jeunes mères qu'elles accompagnent, ce qui pourrait expliquer, en partie du moins, cette tendance qu'auraient les familles du regroupement R3 à moins se déplacer au CSSS à certaines périodes de la trajectoire d'accompagnement postnatale. L'intensité de l'intervention déployée auprès des familles considérées «*plus vulnérables*» par les intervenantes serait d'ailleurs préoccupante durant la deuxième année de vie du bébé. Selon elles, les jeunes femmes étant généralement «*moins dans l'urgence*», il peut parfois être difficile d'assurer la continuité souhaitée. Dans ces cas, l'intervention d'accompagnement est donc déployée «*en réponse aux besoins urgents*», ou lorsque des «*crises*» ou des «*dysfonctions*» émergent.

Il importe tout de même de souligner qu'une bonne partie des critères invoqués par les intervenantes, lorsqu'elles évaluent les conditions de vulnérabilité des familles, renvoient à des éléments de l'indice de vulnérabilité sociale construit dans le cadre de cette recherche évaluative, soit: un premier enfant, le jeune âge de la mère, une histoire d'abus, d'exposition à de la violence ou de consommation de drogues, le tabagisme, des signes de détresse psychologique ou une situation financière précaire. D'autres «*facteurs de protection ou de risque*» renvoient à la «*stabilité*» de l'organisation de vie (lieu d'habitation, vie de couple), à la présence ou à la composition du réseau social, à la présence d'intervenants de la protection de la jeunesse auprès de la mère ou de son enfant, à la maturité ou à la capacité de «*mise en mouvement*» de la jeune femme, ou encore, à sa «*réactivité*» face aux interventions proposées.

En filigrane, une autre question a néanmoins été soulevée par des intervenantes: dans quelle mesure les familles «*les plus vulnérables*» peuvent-elles réellement bénéficier de l'offre de services, dans les conditions actuelles de prestation? En tentant de prioriser certaines familles, il est possible que celles «*qui sont plus susceptibles d'évoluer avec un service*» ne soient pas suffisamment rejoints. Une intervenante précise: «*Enfin on rencontre les plus poquées, mais est-ce qu'on a un impact auprès de ces gens-là, premièrement? (...) est-ce que c'est nous-autres le bon service? On ne sait pas trop.*» Bref, une certaine sélection de familles est en opération, mais une incertitude demeure quant à la portée de ces décisions.

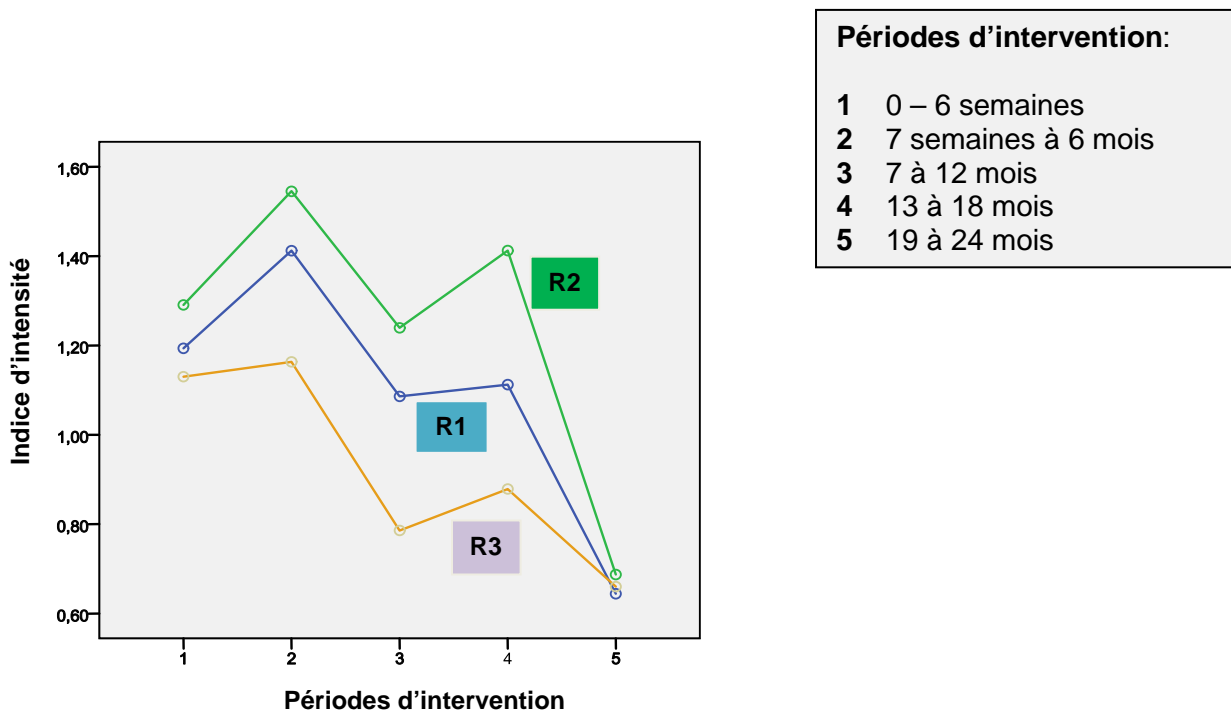
3.1.2.2 Examen de tendances temporelles

Considérant la différentiation possible de l'intervention d'accompagnement auprès des familles durant la période postnatale, une analyse de type MANOVA a été complétée pour 136 familles dont les cinq mesures d'intensité sont complètes. Bien qu'il s'agisse d'un sous-échantillon, l'examen des tendances temporelles d'intensité selon la réalité de vulnérabilité sociale de ces familles est révélateur de patterns distinctifs: la trajectoire d'accompagnement auprès des familles du regroupement R3 apparaît significativement différente de celle des autres familles.

Les figures suivantes présentent des trajectoires d'intensité de l'intervention d'accompagnement à travers 5 périodes postnatales pour les 136 familles réparties selon leur réalité de vulnérabilité sociale (R1, R2, R3). Il est à noter que les indices d'intensité figurant sur les ordonnées de ces graphiques sont quelque peu différents de ceux rapportés précédemment, étant donné qu'il s'agit des familles qui ont gardé un contact avec le PSJP durant toute la période observée. Ceci dit, ce sont les *patterns* des trajectoires des différents regroupements de familles qui sont d'intérêt ici.

La Figure 13 présente les trajectoires relatives à l'indice d'intensité d'accompagnement individualisé, soit tous les contacts individuels, quel que soit le lieu, en personne ou au téléphone.

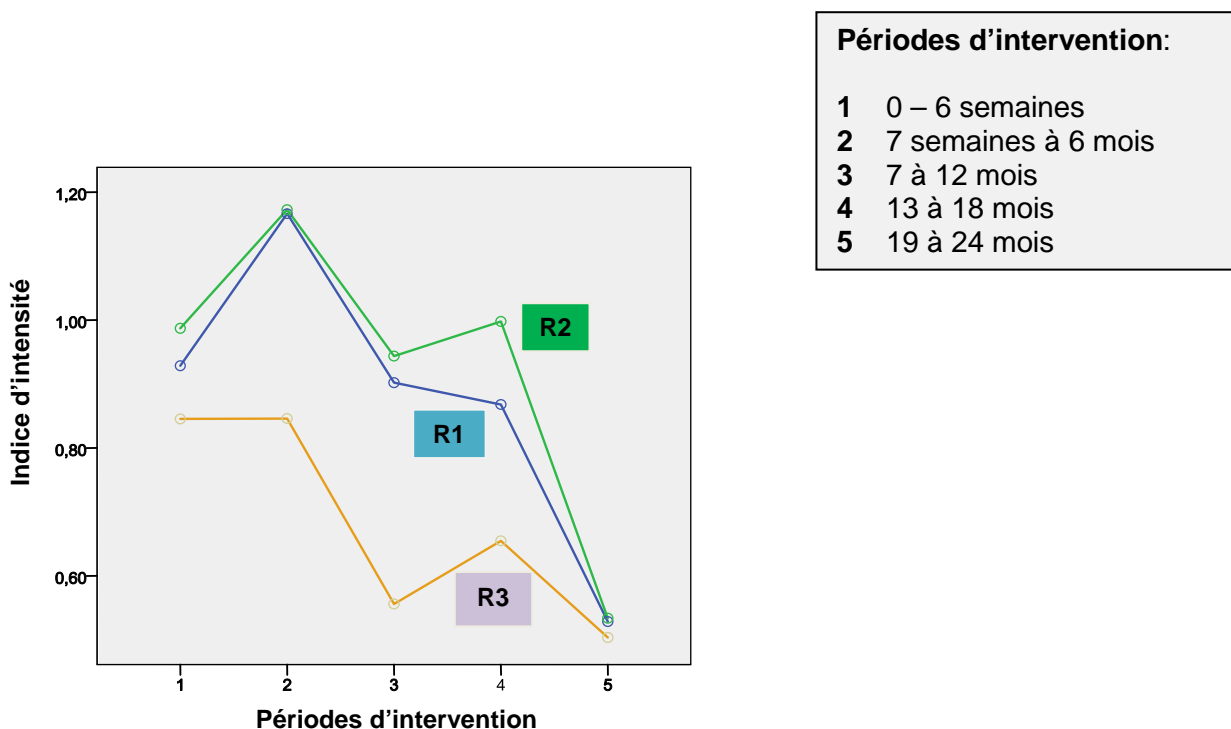
Figure 13. Trajectoires d'intensité de l'accompagnement privilégié postnatal, selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles: mesures répétées (N=136 familles)



Il y a une différence significative entre les trois trajectoires ($p = 0,02$). Des comparaisons binaires suggèrent, en particulier, que la trajectoire des familles du regroupement R3 ne suivrait pas la même courbe temporelle quadratique que les trajectoires des familles des regroupements R1 ($p = 0,05$) et R2 ($p = 0,008$). Une observation attentive indique que, dans l'ensemble, l'intensité de l'intervention d'accompagnement commencerait à diminuer plus tôt pour les familles du regroupement R3, comparativement aux autres familles. Il n'en demeure pas moins qu'il y a absence de différence significative entre les familles quant à l'intensité observée au dernier temps de mesure.

Cette différence de trajectoires ne serait pas due un déploiement différencié des visites à domicile selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles, en période postnatale. Toutefois, comme le suggère la Figure 14 qui prend en compte l'intensité des contacts réalisés à domicile et au CSSS, les trajectoires d'intervention des familles sont significativement différentes ($p = 0,02$). Dans la continuité des résultats présentés plus haut, la trajectoire des familles du regroupement R3 ne suivrait pas la même courbe temporelle quadratique que les trajectoires des familles des regroupements R1 ($p = 0,04$) et R2 ($p = 0,02$).

Figure 14 Trajectoire d'intensité des visites à domicile + contacts au CSSS, selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles: mesures répétées (N = 136 familles)



Tandis qu'une augmentation de l'intensité d'intervention est notée pour les familles des regroupements R1 et R2 durant les six premiers mois de vie du bébé, cette intensité demeure apparemment stable pour les familles du regroupement R3, puis elle baisse de manière plus prononcée par la suite. Ainsi, cette représentation appuie la tendance rapportée plus tôt à l'effet que les familles du regroupement R3 pourraient significativement moins se déplacer au CSSS comparativement aux autres familles durant la période postnatale, ceci dès la première année de vie du bébé.

La section suivante examine les conditions associées à l'attrition des familles dans le PSJP. Bien qu'il n'ait pas été possible d'obtenir de données *a posteriori* auprès de familles ayant quitté le programme, ni auprès de familles n'ayant pas eu recours au PSJP, les résultats suivants donnent un aperçu de conditions à réfléchir pour favoriser la rétention des familles dans le programme.

3.2 Quelles conditions contextuelles et de vulnérabilité sociale sont associées à l'attrition dans le programme?

3.2.1 Sélection des cas et des variables

La cohorte de familles participant à cette évaluation signale une attrition plus marquée vis-à-vis du PSJP durant la période suivant le premier anniversaire des bébés (cf. Annexe C). Partant de ce constat, d'ailleurs corroboré par les intervenantes privilégiées et les gestionnaires des CSSS, des analyses comparatives (Tests de Student; Tests de Chi-carré d'indépendance) ont été effectuées entre deux groupes de familles pour lesquelles une naissance vivante a été documentée (N = 412). Les familles pour lesquelles des contacts avec le PSJP ont été documentés durant la période [19-24 mois] de vie du bébé, ce qui s'avère un marqueur d'*accompagnement continu* au travers les 5 périodes de mesure postnatales (N = 148 familles), ont été comparées avec celles qui étaient sorties du programme à 18 mois de vie du bébé ou moins (N = 199 familles)⁴⁴.

Les comparaisons visant à identifier des conditions pouvant être associées à l'attrition, à 18 mois ou moins de vie du bébé, ont été effectuées pour trois catégories de variables, soit des indicateurs rendant compte de caractéristiques des familles, du contexte dans lequel se déroule l'intervention d'accompagnement, et de l'intensité de l'intervention d'accompagnement déployée auprès des familles durant la première année de vie du bébé.

a) Indicateurs relatifs aux caractéristiques des familles

Les données rendant compte des caractéristiques des familles proviennent des questionnaires administrés aux quatre temps de mesure de la cohorte (cf. Annexe D). Les variables retenues sur la base de critères statistiques de fiabilité et en tant que marqueurs supplémentaires de vulnérabilité sociale sont présentées au Tableau 44.

⁴⁴ 65 des 412 familles dont le bébé n'avait pas atteint l'âge de 19 mois au 1^{er} octobre 2010, date à laquelle la collecte de données a pris fin auprès de la cohorte, ont été exclues des analyses.

Tableau 44. Indicateurs désignant des caractéristiques des familles retenus pour l'analyse de conditions associées à l'attrition au PSJP

Dimensions	Indicateurs
Trajectoire sociale	Réalité de vulnérabilité sociale (R1, R2, R3)
	* Expérience de traumatisme durant l'enfance, mère (modéré ou plus)
	Contacts avec la PJ, mère et père: durant l'enfance; durant grossesse; bébé 0 à 5 mois; bébé 5 à 17 mois
	Parcours scolaire, mère: début grossesse; bébé 0 à 17 mois
	Retour sur le marché du travail, mère: bébé 0 à 17 mois
	Père biologique du bébé est partenaire de la mère à 5 ou 17 mois de vie du bébé
	Nouvelle grossesse à 5 ou 17 mois de vie du bébé
Conditions de vie, réseau et ressources	Principale source de revenu, mère: durant grossesse; bébé 5 ou 17 mois
	* Adéquation des ressources matérielles, mère: grossesse à 5 mois de vie du bébé; bébé 5 à 17 mois
	* Satisfaction du soutien reçu, mère: durant la grossesse; bébé 5 ou 17 mois
	Recours à des ressources d'aide pour du soutien matériel, mère: durant grossesse; bébé 0 à 5 mois; bébé 5 à 17 mois
	Recours à un CPE, milieu de garde ou halte répit/garderie, bébé 5 à 17 mois
Santé et développement du bébé	* GED développement moteur, scores moyens à 5 ou 17 mois
	Blessures ou problèmes physiques du bébé qualifiés «importants» par la mère: bébé 0 à 5 mois; bébé 5 à 17 mois
Expérience parentale	* Sensibilité parentale, mère, bébé 5 mois
	* Stress parental, interaction parent-enfant, mère, bébé 17 mois
	* Stress parental, détresse parentale, mère, bébé 17 mois
Condition psychologique et de santé des parents	* Détresse psychologique, mère: durant grossesse; bébé 17 mois
	* Dépression postnatale, mère, bébé 5 mois
	Perception de sa santé «bonne à excellente», mère: durant grossesse; bébé 5 ou 17 mois
	Consommation de drogues, mères: durant grossesse; bébé 17 mois

* Les informations relatives aux qualités psychométriques des échelles sont rapportées à l'Annexe H.9.

b) Indicateurs relatifs au contexte de l'intervention d'accompagnement

Trois indicateurs ont été identifiés pour rendre compte de dimensions contextuelles potentiellement structurantes au regard de l'intervention déployée auprès des familles. Au terme d'un examen des données disponibles, le contexte est abordé à la fois dans sa dimension locale et régionale à partir d'indicateurs démontrant une certaine variation⁴⁵.

⁴⁵ Ni la composition professionnelle des équipes, ni le niveau de formation académique des intervenantes privilégiées, ni la part relative de leur pratique destinée hebdomadairement au PSJP n'ont été retenus

D'une part, les directives régionales quant à la répartition du financement alloué au PSJP entre ses deux volets, soit l'AF et la CEF, au moment de l'amorce de l'évaluation en 2005-2006, se sont avérées un indicateur démontrant une variation significative⁴⁶. En bref, le pourcentage (%) du budget annuel PSJP alloué à l'AF, pour chacune des 19 équipes CSSS, s'avère significativement corrélé avec l'intensité d'accompagnement privilégié prénatal ($r = 0,57$, $p = 0,04$), ainsi qu'avec l'intensité d'accompagnement privilégié postnatal 0-6 semaines ($r = 0,52$, $p = 0,07$), offert par les équipes. Dans les deux cas, il s'agit d'une grande taille d'effet: plus la part relative du budget PSJP alloué à l'AF est élevée, plus l'intensité de l'intervention d'accompagnement prénatale et postnatale 0 à 6 semaines sont élevées.

Lorsque ces données sont organisées selon les 4 régions retenues pour des analyses comparatives, l'intensité moyenne de l'accompagnement privilégié prénatal s'avère plus élevée dans les régions A et B comparativement à la moyenne établie à 0,72 [IC: 0,66 – 0,77] pour l'ensemble de la cohorte. Ces régions allouent 70 à 98% du budget PSJP à l'AF. En contrepartie, les régions C et D, qui se situent soit dans la moyenne ou significativement sous cette moyenne d'intensité de l'intervention d'accompagnement privilégié prénatal, attribuent 50 à 60% du budget PSJP à l'AF.

Tableau 45. Pourcentage du budget PSJP alloué au volet Accompagnement des familles, 2005-2006, et intensité d'accompagnement privilégié prénatal, bébés nés à terme, 4 régions

Régions (N CLSC)	% budget PSJP alloué au volet AF	Intensité - Accompagnement privilégié prénatal [IC] (N = 292 bébés nés à terme)
A (3)	75 – 98%	0,90 [0,78 – 1,02]
B (2)	70%	0,85 [0,65 – 1,05]
C (4)	50-60%	0,74 [0,59 – 0,90]
D (5)	60%	0,56 [0,49 – 0,62]

puisque'il n'y a pas de variations significatives selon les régions. Par ailleurs, la prévalence annuelle de formation continue est relativement uniforme selon les régions; et bien qu'il y ait indication que les thèmes liés au développement des enfants et des compétences parentales ait été privilégiés dans une région, la mesure ne peut être présumée suffisamment fiable pour la suite des analyses statistiques. Enfin, la répartition des familles selon l'indicateur de vulnérabilité sociale développé dans le cadre de cette recherche évaluative ne varie pas selon la région ($\chi^2 (14) = 20,56$; $p = 0,11$). À cet égard, des différences régionales quant à l'actualisation de l'intervention d'accompagnement des familles ne pourraient pas d'emblée être attribuables aux réalités particulières des familles, en soit.

⁴⁶ Il n'est pas exclu que ces directives aient changé avec le temps. Cependant, les entretiens effectués auprès de gestionnaires durant la dernière année de collecte de données, en 2010, ne fournissent aucune indication claire en ce sens.

Dans la continuité de ces observations, et pour les analyses subséquentes visant à qualifier le contexte dans lequel se déroule l'intervention, les équipes PSJP/SIPPE ont donc été distinguées selon que les directives régionales aient fixé le pourcentage du budget alloué à l'AF à moins de 70%, ou à 70% et plus, au moment de l'implantation provinciale du programme en 2005-2006. L'hypothèse ici est que ces pourcentages témoignent de contextes de déploiement différents pour l'accompagnement des familles dans le cadre du PSJP.

D'autre part, les réalités organisationnelles des équipes PSJP/SIPPE ont été considérées selon deux dimensions. Premièrement, les modalités d'organisation de l'accompagnement privilégié ont été retenues comme indicateurs considérant qu'il s'agit d'arrangements organisationnels et inter-organisationnels pouvant exercer une influence différentielle sur le métier d'intervenante privilégiée (cf. Annexe F). Ces trois modalités témoignent de diverses formes possibles de co-intervention et d'espaces de collaboration interprofessionnelle; et l'une d'entre elles se distingue par la participation régulière des organisateurs communautaires des SIPPE aux rencontres interprofessionnelles de l'équipe et par la tenue annuelle de rencontres avec des partenaires communautaires du RLS. D'ailleurs, ces équipes se retrouvent dans une région où la répartition du financement alloué aux deux volets du programme s'avère plus égale.

Deuxièmement, lorsque les territoires régionaux sont considérées, les régions A et B comportent des équipes qui témoignent d'indices généralement plus élevés que les équipes des régions C et D au regard de la satisfaction de la capacité d'agir des intervenantes privilégiées, ainsi que leur appréciation de la collaboration au sein de leur équipe interprofessionnelle et avec les ressources du RLS (cf. Annexe F). Les deux premières régions étant celles où les ressources attribuées au volet AF du programme sont plus importantes, il semblerait qu'une priorité accordée aux ressources dédiées à l'accompagnement des familles serait associée à des indices d'appréciation plus favorables de la part des intervenantes au regard de leur capacité et contexte d'action. Bref, la région dans laquelle se retrouve une famille accompagnée a donc été retenue comme troisième indicateur du contexte d'intervention. Le Tableau 46 résume les trois indicateurs qualifiant le contexte de l'intervention d'accompagnement des familles pour l'analyse des conditions associées à l'attrition au PSJP.

Tableau 46. Indicateurs désignant des caractéristiques des familles retenus pour l'analyse de conditions associées à l'attrition au PSJP

Dimensions	Indicateurs
Contexte local (CSSS)	% budget PSJP de l'équipe alloué à l'AF
	Modalités d'organisation de l'accompagnement privilégié (3 modalités)
Contexte régional	Régions A, B, C ou D

Il est à noter que ces trois indicateurs ne sont pas mutuellement exclusifs. De plus, les données obtenues à l'échelle d'une équipe ne prétendent pas à une représentativité qui permet

d'effectuer des généralisations statistiques qui soient transférables à une région socio-sanitaire ou à l'ensemble de la population desservie sur un territoire. Néanmoins, les indicateurs choisis demeurent pertinents dans la mesure où ils témoignent de conditions contextuelles variables.

c) Indicateurs relatifs l'intensité de l'intervention d'accompagnement individualisée

Enfin, l'analyse des conditions associées à l'attrition au PSJP prend en compte l'intensité de l'intervention déployée auprès des familles durant la première année de vie du bébé afin de déterminer dans quelle mesure l'exposition à l'intervention aurait une incidence sur la durée de participation des familles dans le programme. L'indicateur plus global d'intensité d'accompagnement individualisée et celui, plus spécifique, de visites à domicile sont retenus.

Tableau 47. Indicateurs de l'intervention d'accompagnement déployée auprès des familles durant la première année de vie du bébé

Dimensions	Indicateurs
Intensité de l'accompagnement individualisé, quel que soit le lieu, en personne ou au téléphone	Intensité 0 à 6 semaines de vie du bébé
	Intensité 7 semaines à 6 mois de vie du bébé
	Intensité 7 à 12 mois de vie du bébé
Intensité des visites à domicile	Intensité 0 à 6 semaines de vie du bébé
	Intensité 7 semaines à 6 mois de vie du bébé
	Intensité 7 à 12 mois de vie du bébé

3.2.2 Conditions associées à l'attrition de familles dans le PSJP

Les indicateurs présentant des différences statistiquement significatives sont présentés dans le Tableau 48. Trois conditions distinguent les familles qui ont quitté le PSJP avant que leur bébé n'ait atteint l'âge de 19 mois, comparativement à celles qui sont toujours en contact avec le PSJP à 19-24 mois:

- Davantage de jeunes femmes de ces familles ont rapporté un niveau élevé de détresse psychologique durant la grossesse ($p = 0,005$). Aussi, les mesures ont fait état d'un score moyen plus élevé sur l'*Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg* ($p = 0,01$) et d'une plus grande proportion de mères ayant un score de 10 ou plus sur cette échelle, ce qui témoigne d'un potentiel de dépression ($p = 0,03$). Bref, davantage de familles dont la mère témoigne d'une moins bonne condition psychologique quitteraient le PSJP avant le que bébé n'ait atteint l'âge de 19 mois.
- Ces familles auraient également eu davantage recours à des services de garde en CPE, dans d'autres milieux de garde autres que la famille, ou à des haltes-répît ou halte-garderie

lorsque leur bébé était âgé entre 5 et 17 mois ($p = 0,05$). Il est à noter que les jeunes femmes de ces familles ne sont pas retournées à l'école en plus grand nombre (48% vs 42%, $p = 0,47$), ni au travail (40% vs 36%, $p = 0,52$), depuis la naissance du bébé. Dans la mesure où les intervenantes tentent de favoriser le recours à d'autres ressources pour «*briser l'isolement*» des parents et élargir le réseau de ressources à leur disposition (cf. Annexe F), il est possible que les familles dont les mères apparaissent en moins bonne condition psychologique soient davantage référées à des ressources extérieures au CSSS. Ce faisant, il semble que le maintien dans le programme soit plus difficile à soutenir.

Tableau 48. Conditions associées à l'attrition des familles dans le PSJP

Conditions	Familles <u>toujours en contact</u> avec PSJP durant période 19-24 mois	Familles <u>sorties du PSJP</u> à 18 mois de vie du bébé ou moins	Statistiques comparatives
	N = 148	N = 199	valeur p
Conditions de vulnérabilité des familles			
% mères nouvelle grossesse	24,3 %	10,5 %	0,003
% bébés en CPE, milieu de garde ou halte répit/garderie, 5 à 17 mois	63,0 %	76,7 %	0,05
% mères niveau élevé de détresse psychologique durant la grossesse	42,4%	57,6%	0,005
Mères, symptômes de dépression postnatale			
Score moyen	4,82	6,44	0,01
% score ≥ 10	18,3 %	29,7 %	0,03
Contexte de l'intervention d'accompagnement			
% familles dans CSSS qui attribuent $\geq 70\%$ budget PSJP à l'AF	66,0%	57,3 %	0,10
Intensité de l'intervention postnatale durant 1^{re} année de vie du bébé * [IC 95%]			
Indice 1 0-6 semaines	1,20 [1,10-1,30]	1,04 [0,96-1,12]	0,009
Indice 1 7 semaines – 6 mois	1,35 [1,19-1,52]	0,91 [0,81-1,02]	0,000
Indice 1 7 – 12 mois	1,01 [0,88-1,14]	0,60 [0,46-0,74]	0,000
Indice 2 0-6 semaines	0,87 [0,79-0,94]	0,76 [0,69-0,83]	0,002
Indice 2 7 semaines – 6 mois	0,80 [0,69-0,91]	0,61 [0,54-0,69]	0,000
Indice 2 7 – 12 mois	0,57 [0,48-0,66]	0,33 [0,24-0,42]	0,000

* indice 1 = intensité de l'intervention d'accompagnement individualisé; indice 2 = intensité des visites à domicile

- Par ailleurs, pour chacune des trois périodes d'intervention postnatale considérées durant la première année de vie du bébé, l'intensité de l'intervention individualisée, ou à domicile seulement, est moins importante pour les familles ayant quitté plus tôt le PSJP, comparativement à l'intensité déployée auprès des familles qui demeurent dans le programme à 19-24 mois. Considérant la condition psychologique potentiellement moins favorable des jeunes femmes dont les familles ont quitté le PSJP, cette intensité moins importante pose question. La tendance statistique suggérant que ces familles seraient en moins grand nombre dans des CSSS qui attribuent 70% ou plus de leur budget PSJP au volet AF ($p = 0,10$) pourrait, en partie, être en cause ici. Autrement, ces indices indiquent que l'attrition débute vraisemblablement durant la première année de vie du bébé.

Vu sous un autre angle, il s'avère que les familles qui sont toujours en contact avec le PSJP à 19-24 mois de vie du bébé ont été exposées, en moyenne, à une intensité d'intervention postnatale significativement plus élevée que ce qui est attendu durant les 6 premiers mois de vie du bébé (indices de 1,20 et 1,35); et équivalente à ce qui est attendu entre l'âge de 7 et 12 mois (indice = 1,01). Ceci pourrait s'expliquer, en partie, par une proportion plus importante de jeunes femmes rapportant une nouvelle grossesse (24% vs 11%, $p = 0,003$). Néanmoins, il semble qu'une telle intensité exerce un certain pouvoir de rétention.

Enfin, il est à souligner qu'il n'y a pas de différences significatives, en termes statistiques, au regard des indicateurs suivants: la réalité de vulnérabilité sociale des familles, leurs conditions de vie matérielle et sociale, le développement de l'enfant, la sensibilité ou le niveau de stress parental, la santé maternelle ou les modalités d'organisation des équipes pour l'intervention PSJP.

3.3 Quelles conditions contextuelles et de vulnérabilité sociale sont associées à l'intensité de l'accompagnement privilégié?

Pour clore les résultats portant sur l'actualisation de l'intervention d'accompagnement des familles, des conditions pouvant être associées à l'intensité de l'intervention d'accompagnement individualisé ont été examinées pour chacune des cinq périodes d'intervention postnatale. Les variables retenues sont sensiblement les mêmes que celles examinées à la section précédente. Les entrées en italiques du Tableau 49 indiquent les variables supplémentaires considérées.

Tableau 49. Indicateurs retenus pour l'analyse des conditions associées à l'intensité de l'intervention d'accompagnement individualisé, périodes postnatales

Dimensions	Indicateurs
Trajectoire sociale	<i>Mère, première grossesse</i>
	<i>Mère, âge à l'entrée dans le PSJP</i>
	* Expérience de traumatisme durant l'enfance, mère (modéré ou plus)
	Contacts avec la PJ, mère et père: durant l'enfance; durant grossesse; bébé 0 à 5 mois; bébé 5 à 17 mois

Dimensions	Indicateurs
	Parcours scolaire, mère: début grossesse; bébé 0 à 17 mois
	Retour sur marché du travail, mère: bébé 0 à 17 mois
	Père biologique du bébé est partenaire de la mère <i>durant grossesse</i> , et à 5 ou 17 mois de vie du bébé
	<i>Mère habite avec partenaire à 5 ou 17 mois de vie du bébé</i>
	Nouvelle grossesse à 5 ou 17 mois de vie du bébé
Conditions de vie, réseau et ressources	Principale source de revenu, mère: durant grossesse; bébé 5 ou 17 mois
	<i>Mère, cours prénataux durant grossesse</i>
	* Adéquation des ressources matérielles, mère: grossesse à 5 mois de vie du bébé; bébé 5 à 17 mois
	Recours à des ressources d'aide pour du soutien matériel, mère: durant grossesse; bébé 0 à 5 mois; bébé 5 à 17 mois
Santé et développement du bébé	Recours à un CPE, milieu de garde ou halte répit/garderie, bébé 5 à 17 mois
	<i>Durée de gestation < 37 semaines</i>
	<i>Bébé, problèmes respiratoires à la naissance (auto-rapporté par la mère)</i>
	<i>Bébé allaité entre 0 et 5 mois (toute expérience d'une semaine ou plus)</i>
	<i>Bébé vaccination à jour, à 5 ou 17 mois</i>
	* GED développement moteur, scores moyens à 5 ou 17 mois
	* <i>GED développement cognitif-langagier, scores moyens à 5 ou 17 mois</i>
	Blessures ou problèmes physiques du bébé qualifiés «importants» par la mère: bébé 0 à 5 mois; bébé 5 à 17 mois
<i>Recours à des ateliers de stimulation, bébé 5 à 17 mois</i>	
Expérience parentale	* <i>Mère, connaissance du développement de l'enfant</i>
	* Sensibilité parentale, mère, bébé 5 mois
	* Stress parental, interaction parent-enfant, mère, bébé 17 mois
	* Stress parental, détresse parentale, mère, bébé 17 mois
Condition psychologique et de santé des parents	* Détresse psychologique, mère: durant grossesse; bébé 17 mois
	<i>Mère, expérience de traumatisme physique durant la grossesse</i>
	* Dépression postnatale, mère, bébé 5 mois
	Perception de sa santé «bonne à excellente», mère: durant grossesse; bébé 5 ou 17 mois
	Consommation de drogues, mères: durant grossesse; bébé 17 mois
Contexte local (CSSS)	% budget PSJP de l'équipe alloué à l'AF ($\geq 70\%$ ou non)
	Modalités d'organisation de l'accompagnement privilégié (3 modalités)
Contexte régional	Régions A, B, C ou D
Intensité de l'accompagnement individualisé, quel que soit le lieu, en personne ou au téléphone	Intensité période prénatale complète
	Intensité 6 dernières semaines avant l'accouchement
	Intensité 0 à 6 semaines
	Intensité 7 semaines à 6 mois
	Intensité 7 à 12 mois
	Intensité 13 à 18 mois

* Les informations relatives aux qualités psychométriques des échelles sont rapportées à l'Annexe H.9

Pour chaque période, des analyses comparatives (Tests de Student, corrélations Pearson) ont été effectuées afin de déterminer dans quelle mesure l'intensité d'intervention individualisée est associée à chacune des variables indépendantes considérées. Pour les quatre dernières périodes postnatales, il s'avère que l'intensité de l'intervention d'accompagnement individualisé est significativement associée ($p = 0,000$) à l'intensité de l'intervention déployée durant la période précédente; tandis que pour la période 0 à 6 semaines de vie du bébé, l'intensité de l'intervention d'accompagnement individualisé est significativement associée ($p = 0,04$) à la participation des jeunes femmes à des cours prénataux durant la grossesse.

Des analyses de variance factorielle, avec et sans la covariable «intensité d'intervention de la période précédente», ont donc été réalisées afin de déterminer quelles combinaisons de variables sont associées à l'intensité de l'intervention d'accompagnement individualisée, pour chacune des périodes, et notamment, dans quelle mesure la covariable s'avère plus ou moins significative. Pour la période portant sur les six premières semaines de vie du bébé, c'est la présence ou non de cours prénataux qui a été utilisée en covariable. À terme, l'analyse de covariance aura permis de déterminer dans quelle mesure des conditions relevant des caractéristiques des familles ou du contexte du déploiement du PSJP demeurent ou non significativement associées à l'intensité de l'intervention d'accompagnement individualisé reçu par les familles lorsqu'une mesure d'intensité de la période précédente est considérée. Pour chaque analyse, les interactions de premier niveau entre les variables indépendantes ont été effectuées. Celles-ci se sont avérées non significatives.

Le Tableau 50 présente le résultat des analyses de variance avec la covariable «intensité d'intervention de la période précédente». Pour chaque période, les variables indépendantes incluses dans l'analyse de variance factorielle sont indiquées. Il s'agit des variables qui sont significativement associées à l'intensité de l'intervention individualisée au terme des analyses comparatives bi variées, qui permettent une certaine continuité en termes de comparaisons à travers les périodes, et pour lesquelles il y a le moins possible de données manquantes pour les familles de la cohorte⁴⁷. En ce qui concerne ce dernier critère, deux indicateurs n'ont pas été retenus pour les analyses de variance factorielle. D'une part, il s'agit de l'indicateur relatif aux modalités d'organisation de l'accompagnement privilégié puisqu'il n'a été généré que pour 11 des 19 équipes en CSSS. D'autre part, même si l'indicateur différenciant les régions A à D indique des différences statistiquement significatives pour chaque période, l'indicateur rendant compte du pourcentage du budget PSJP de l'équipe alloué à l'AF ($\geq 70\%$ ou non) a plutôt été retenu. Ce dernier s'est avéré significativement associé à l'intensité de l'intervention d'accompagnement individualisé pour chaque période, à l'exception de la dernière (19-24 mois); et l'information est disponible pour chaque famille.

⁴⁷ Le lecteur averti remarquera que les tailles d'échantillon des familles retenues pour ces analyses sont moindres que celles rapportées précédemment. Cela est dû à la combinaison de variables provenant de différents temps de mesure.

Tableau 50. Conditions contextuelles et de vulnérabilité sociale associées à l'intensité de l'accompagnement individualisé: analyses de variance factorielle, intensité d'intervention de la période précédente en covariable

Période d'intervention postnatale (N familles)	Conditions associées à l'intensité de l'intervention d'accompagnement individualisée	
	Indicateur	Valeur p
0 – 6 semaines (N = 378)	Expérience d'abus durant l'enfance, mère (modéré ou plus)	0,04*
	Recours à des ressources, aide matérielle, durant grossesse	0,20
	% budget PSJP de l'équipe alloué à l'AF ($\geq 70\%$ ou non)	0,00*
	Mère, cours prénataux durant grossesse	0,13
6 semaines – 6 mois (N = 327)	Mère, première grossesse	0,05*
	Expérience d'abus durant l'enfance, mère (modéré ou plus)	0,31
	Recours à des ressources, aide matérielle depuis naissance bébé	0,31
	% budget PSJP de l'équipe alloué à l'AF ($\geq 70\%$ ou non)	0,00**
	Intensité intervention 0-6 semaines	0,00***
7 – 12 mois ^a (N = 314)	Expérience d'abus durant l'enfance, mère (modéré ou plus)	0,06*
	Recours à des ressources, aide matérielle depuis naissance bébé	0,46
	% budget PSJP de l'équipe alloué à l'AF ($\geq 70\%$ ou non)	0,95
	Intensité intervention 6 semaines – 6 mois	0,00***
13 – 18 mois ^a (N = 180)	Recours à des ressources, aide matérielle, bébé 5 à 17 mois	0,79
	Recours à CPE, milieu de garde ou halte répit/garderie, bébé 5 à 17 mois ^b	0,92
	Recours à des ateliers de stimulation, bébé 5 à 17 mois	0,06*
	% budget PSJP de l'équipe alloué à l'AF ($\geq 70\%$ ou non)	0,76
	Intensité intervention 7 – 12 mois	0,00***
19 – 24 mois ^a (N = 118)	Principale source de revenu, mère, bébé 17 mois (État vs autres)	0,15
	Recours à CPE, milieu de garde ou halte répit/garderie, bébé 5 à 17 mois ^b	0,20
	% budget PSJP de l'équipe alloué à l'AF ($\geq 70\%$ ou non)	0,78
	Intensité intervention 13 – 18 mois	0,00***

* taille d'effet faible; ** taille d'effet modérée; *** grande taille d'effet

^a une nouvelle grossesse à 5 ou à 17 mois s'est avérée significativement associée à l'intensité de l'intervention d'accompagnement individualisée lors des analyses comparatives bi variées après 6 mois de vie du bébé. Toutefois, cet indicateur n'a pas été retenu pour les analyses de variance factorielles étant donné la très faible taille d'effet; ^b Les analyses bi variées indiquent que l'intensité de l'intervention d'accompagnement individualisé est *moins élevée* pour les mères qui ont eu recours à des services de garde en CPE, milieux de garde autre que la famille, ou à des haltes répit/garderie.

Pour compléter la présentation des résultats des analyses de variance factorielle, le tableau suivant présente les conditions qui demeurent significativement associées à l'intensité d'accompagnement individualisé lorsque la covariable «intensité d'intervention de la période précédente» **n'est pas considérée**. Il est à noter que les tailles d'effet des associations sont généralement faibles.

Tableau 51. Conditions contextuelles et de vulnérabilité sociale associées à l'intensité de l'accompagnement individualisé: analyses de variance factorielle, sans covariable d'intensité de l'intervention de la période précédente

Période d'intervention postnatale (N familles)	Conditions associées à l'intensité de l'intervention d'accompagnement individualisée	
	Indicateur	Valeur p
0 – 6 semaines (N = 378)	Expérience d'abus durant l'enfance, mère (modéré ou plus)	0,04*
	% budget PSJP de l'équipe alloué à l'AF (≥ 70% ou non)	0,01*
6 semaines – 6 mois (N = 331)	% budget PSJP de l'équipe alloué à l'AF (≥ 70% ou non)	0,00**
7 – 12 mois (N = 314)	Expérience d'abus durant l'enfance, mère (modéré ou plus)	0,02*
	% budget PSJP de l'équipe alloué à l'AF (≥ 70% ou non)	0,01*
13 – 18 mois (N = 180)	Recours à des ateliers de stimulation, bébé 5 à 17 mois	0,03*
	% budget PSJP de l'équipe alloué à l'AF (≥ 70% ou non)	0,11*
19 – 24 mois	Mère, principale source de revenu = État	0,09*

* taille d'effet faible; ** taille d'effet modérée

De ces analyses multi variées, les observations suivantes s'imposent:

- Durant les 6 premières semaines de vie des bébés, l'intensité de l'intervention d'accompagnement individualisé, bien que plus élevée que ce qui est attendu pour toutes les familles, quelle que soit leur réalité de vulnérabilité sociale (cf. section 3.1.2.1), pourrait s'avérer plus élevée, de surcroit, pour les familles :
 - qui se retrouvent dans ces CSSS où 70% ou plus du budget PSJP est alloué à l'AF; et
 - dont la jeune femme a vécu une expérience d'abus de niveau modéré ou plus durant son enfance, qu'il s'agisse d'abus sexuel, émotionnel ou physique.
- Après les 6 premières semaines de vie du bébé, l'intensité de l'accompagnement individualisé postnatal comporte un processus qui pourrait être qualifiée d'intrinsèque au maintien d'un lien signifiant. De manière générale, pour chaque période d'intervention postnatale, l'intensité de l'accompagnement privilégié auprès des familles est

significativement associée à l'intensité de l'intervention de la période précédente. Ainsi, plus l'intensité d'accompagnement auprès de familles est élevée durant une période donnée, plus elle s'avère élevée la période subséquente.

- Jusqu'à 18 mois de vie du bébé, l'intensité d'accompagnement individualisé postnatal serait également associée à une condition organisationnelle relevant de décisions prises au niveau régional au moment de l'amorce de l'évaluation en 2005-2006. Celle-ci s'avérerait structurante pour le déploiement d'une plus grande intensité du programme auprès des familles en CSSS. Il s'agit de l'attribution d'une part plus importante du budget PSJP à l'AF ($\geq 70\%$) plutôt qu'au volet CEF du programme.
- Mis à part des processus qui pourraient être qualifiés d'inhérents au maintien d'un lien significatif, à travers le temps, et une condition organisationnelle structurante relative à la répartition du financement PSJP entre ses axes d'intervention, quelques indicateurs suggèrent que l'expérience de vulnérabilité des familles est également associée à l'intensité de l'intervention d'accompagnement postnatal individualisé, bien que dans une moindre mesure. En particulier:
 - Une expérience d'abus durant l'enfance, de niveau modéré ou plus, qu'il s'agisse de traumatismes de nature émotionnelle, physique ou sexuelle, apparaît significative durant la première année de vie du bébé. Peu de propos recueillis suggèrent que les intervenantes évaluent cette condition auprès des jeunes femmes. Toutefois, considérant l'abondance de littérature scientifique concernant les conséquences de l'expérience d'abus sur la trajectoire de vie des jeunes et des adultes (voir, par exemple, Clément & Dufour, 2009; Currie & Widom, 2010; Norman, Byambaa, De, Butchart, Scott, & Vos, 2012), il s'avère certes justifié d'ajuster l'intervention en tenant compte de cette expérience vécue.
 - Le recours à des ateliers de stimulation pour le bébé âgé entre 5 et 17 mois, offert ailleurs qu'au CSSS, pourrait en partie être la résultante d'une évaluation signalant des conditions ou compétences parentales nécessitant davantage de soutien pour assurer le développement optimal du bébé.
 - Des mères dont la source principale de revenu demeure l'État à 19-24 mois vie de l'enfant recevraient aussi une intensité d'intervention d'accompagnement individualisé plus importante.
 - Enfin, une première grossesse à moins de 20 ans, qui s'avère une condition qualifiant davantage les familles des réalités de vulnérabilité sociale R1 et R2, pourrait faire en sorte que ces jeunes expriment davantage de besoins d'information, par exemple.

Il n'en demeure pas moins que ces derniers éléments ne renvoient qu'à un portrait partiel des critères rapportés par les intervenantes pour distinguer les familles qu'elles qualifient de «*plus vulnérables*» (cf. Annexe E). Vu de la sorte, il est vraisemblable que des processus qui renvoient au maintien d'une certaine intensité de l'intervention et à la répartition particulière du financement PSJP dans les organisations, des conditions qui ne sont d'ailleurs pas tout à fait

indépendantes (cf. section 3.2.1), *soient plus signifiants* que les caractéristiques des familles en ce qui a trait au déploiement d'une intensité plus soutenue de l'intervention d'accompagnement privilégié. Sachant, de surcroît, que les intervenantes utilisent une variété de critères pour établir le degré de vulnérabilité des familles, l'effet de l'exercice du jugement clinique s'en trouve indubitablement amoindri face à d'autres déterminants relevant de l'organisation de l'intervention.

D'ailleurs, un appui supplémentaire à l'idée que le contexte organisationnel exerce une influence significative sur l'intensité d'intervention déployée réside dans l'observation répétée d'une différence significative entre les équipes catégorisées modalité 1 et 3 (cf. Annexe F) au regard de l'intensité d'intervention individualisé (analyses bi variées, chaque période postnatale, $p < 0,05$). Les familles accompagnées par des équipes de la modalité 1, rapportant un plus grand nombre d'inscriptions PSJP annuellement et comportant des équipes s'identifiant comme étant «dédiées» au PSJP, recevraient une intensité d'accompagnement individualisé plus élevée; tandis que les familles accompagnées par les équipes de la modalité 3, où la répartition du financement alloué aux deux volets du programme s'avère plus égale, seraient exposées à une intensité moins élevée.

- D'autre part, bien que les analyses bi variées suggèrent qu'un certain élargissement du réseau des familles soit associé à l'intensité de l'intervention d'accompagnement individualisé, ces dimensions ne s'avèrent pas significatives au terme d'une analyse multi variée. Il serait toutefois prématuré de conclure à un effet non signifiant de l'élargissement du réseau de ressources sur l'intensité de l'intervention d'accompagnement privilégié étant donné les résultats précédents portant sur les conditions associées à l'attrition au PSJP (cf. section 3.2.2) ainsi que les propos des intervenantes privilégiées qui signalent des pratiques d'orientation des jeunes femmes vers des ressources du RLS pour diversifier les sources de soutien auprès des familles, au-delà des services du PSJP (cf. Annexe E).

Enfin, il importe de souligner que les indicateurs de témoignage d'objets d'intervention du programme, soit des connaissances maternelles du développement de l'enfant, l'expérience parentale, la santé de l'enfant, la condition psychologique ou de santé de la mère ou son retour au travail ou à l'école, dans la poursuite de projets socioprofessionnels envisagés par le programme, n'apparaissent pas associés à des variations dans l'intensité de l'intervention postnatale.

ANNEXE H
DOCUMENTS TECHNIQUES ET AUTRES

ANNEXE H.1

SYNTHÈSE DES MÉTHODES DE RECHERCHE UTILISÉES POUR L'ÉVALUATION DU PSJP

Méthodes	Objectifs	Devis	Échantillon	Collecte de données	Gestion et analyse de données
<p>1 Analyse documentaire des dossiers cliniques des familles</p> <p>Rapport 1 Annexe C</p>	<p>Décrire l'intervention d'accompagnement PSJP en termes d'intensité, du type de professionnels intervenant auprès des familles, des lieux où se déroule l'intervention et des objets de l'intervention</p>	<p>Consultation mensuelle des dossiers cliniques, au CSSS (mères, bébés et pères, le cas échéant)</p>	<p>Tous les contacts PSJP documentés, à partir du premier contact prénatal jusqu'à 24 mois de vie du bébé</p> <p>>34,000 contacts documentés pour 451 familles</p>	<p>Novembre 2006 à Octobre 2010</p> <p>Extraction de données à l'aide de 2 formulaires standardisés</p> <p><i>Entrée au PSJP</i> : nb de semaines de grossesse; délai entre inscription PSJP et premier contact; intervention OLO</p> <p><i>Intervention PSJP</i> : type de contact; lieu de contact; professionnels en contact; référence et accompagnement vers ressources; objets d'intervention</p> <p>1 formulaire = 1 note clinique datée et signée = 1 contact PSJP</p>	<p>Statistiques descriptives et comparatives, selon la période d'intervention et la région</p> <p>5 mesures agrégées d'intensité:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Visites à domicile 2. Visites à domicile + contact au CLSC 3. Intervention significative au téléphone 4. Accompagnement privilégié individualisé: tout contact individuel, quelque soit le lieu, en personne ou au téléphone. 5. Accompagnement privilégié individualisé + contacts via intervention de groupe

Méthodes	Objectifs	Devis	Échantillon	Collecte de données	Gestion et analyse de données
<p>2 Cohorte de jeunes femmes, de pères /partenaires et leurs enfants</p> <p>Rapport 1 Annexe D</p>	<p>Décrire les profils des participants à l'<i>Évaluation du PSJP</i></p> <p>Documenter les changements chez les jeunes parents et leurs enfants</p>	<p>Étude de cohorte avec suivi longitudinal</p>	<p>19 CSSS 7 régions</p> <p>4 temps de mesure:</p> <ul style="list-style-type: none"> • près du moment de l'inscription au PSJP • les dernières semaines précédant l'accouchement • à 5 mois de vie du bébé • à 17 mois de vie du bébé <p>451 familles recrutées entre 1 septembre 2006 et 30 avril 2009</p> <p>Données recueillies auprès de 1141 personnes:</p> <p>451 jeunes femmes < 20 ans à la naissance du bébé;</p> <p>322 pères de l'enfant ou partenaires; et</p> <p>368 bébés.</p> <p>58% des familles ont complété 4 temps de mesure; 64,5% des familles recrutées au 1^{er} temps ont participé au 4^e temps</p>	<p>Septembre 2006 à Octobre 2010</p> <p>Entrevues individuelles par questionnaire et évaluation du développement de l'enfant (5 - 17 mois)</p>	<p>Analyses statistiques descriptives transversales pour chaque temps de mesure.</p> <p>Analyse de clusterisation avec données prénatales pour identifier trois réalités de vulnérabilité sociale.</p> <p>Analyses statistiques comparatives selon: le genre; le temps de mesure; trois réalités de vulnérabilité sociales.</p> <p>Analyses de variance et de covariance</p>

Méthodes	Objectifs	Devis	Échantillon	Collecte de données	Gestion et analyse de données
<p>3 Entretiens auprès de dyades «jeune parent – intervenante privilégiée»</p> <p>Rapport 1 Annexe E</p>	Documenter l'expérience de l'intervention d'accompagnement PSJP, du point de vue des jeunes/parents et leurs intervenantes	Étude qualitative interprétative à visée prospective	<p>10 CSSS 4 régions A, B, C et D</p> <p>Trois moments d'intervention : période prénatale; 6 mois de vie du bébé; 18 mois de vie du bébé</p> <p>Échantillonnage intentionnel de type stratifié auprès de 39 dyades (86 entretiens)</p> <p>27 parents: 19 jeunes femmes et 8 hommes (47 entretiens)</p> <p>30 intervenantes: 17 infirmières, 8 travailleuses sociales, 5 autres professionnelles (39 entretiens)</p>	<p>Janvier 2009 à Février 2011</p> <p>Entretiens semi-dirigés à domicile ou au CLSC</p> <p>Thèmes d'entretiens auprès des parents: expérience de la grossesse / parentalité; projets de vie; expérience de l'intervention PSJP; et expérience auprès d'autres ressources locales</p> <p>Thèmes d'entretiens auprès des intervenantes: pratique d'accompagnement; rôle d'intervenante privilégiée; expérience de collaboration interprofessionnelle et avec ressources du RLS</p>	<p>Analyse qualitative interprétative et thématique des <i>verbatim</i></p> <p>Analyses transversales pour chaque temps de mesure: expérience de chaque acteur; et expérience de la dyade</p> <p>Analyses de type prospectif, de la trajectoire des jeunes parents et de l'intervention d'accompagnement PSJP (2 à 3 temps de mesure)</p> <p>Recours à des données quantitatives des entrevues structurées (cf. méthode 7) pour l'analyse comparative des trajectoires des jeunes parents</p>
<p>4 Enquête auprès d'intervenantes privilégiées du PSJP</p> <p>Rapport 1 Annexe F</p>	Dresser un portrait des professionnelles agissant à titre d'intervenantes privilégiées auprès des jeunes / parents	Enquête transversale par questionnaire auto-administré	<p>19 CSSS; 7 régions</p> <p>Taux de réponse à partir d'une estimation de l'ensemble des intervenantes concernées: 85%.</p> <p>N = 170 intervenantes</p>	<p>Fin 2008</p> <p>Questions fermées: profil des intervenantes; formation continue 2003-2008; satisfaction de sa capacité d'agir et appréciation du contexte d'intervention PSJP</p>	<p>Statistiques descriptives et comparatives selon le domaine d'activité des intervenantes et selon la région (A, B, C, et D seulement)</p>

Méthodes	Objectifs	Devis	Échantillon	Collecte de données	Gestion et analyse de données
<p>5 Entretiens auprès de gestionnaires des équipes PSJP/SIPPE</p> <p>Rapport 1 Annexe F</p>	<p>Décrire l'organisation de l'intervention PSJP, dans les équipes en CSSS et avec les ressources du RLS, du point de vue des gestionnaires</p>	<p>Enquête qualitative descriptive</p>	<p>11 CSSS 4 régions A, B, C et D.</p> <p>Période traitée: 1 avril 2006 au 31 mars 2010 (4 ans)</p> <p>Échantillonnage intentionnel: 11 chefs de programme et 3 assistantes cliniques (11 entretiens)</p>	<p>Décembre 2009 à Mars 2010.</p> <p>Entretiens semi-dirigés au CSSS</p> <p>Thèmes: effectifs et modalités d'organisation des équipes PSJP; mécanismes d'entrée et de sortie; collaboration des équipes avec les ressources du RLS; gestion des budgets et mécanismes de reddition de comptes</p>	<p>Pour chaque CSSS: synthèse des données d'entretien avec <i>verbatim</i> illustratifs à l'appui, selon rubriques pré établies.</p> <p>Analyses comparatives selon les modalités d'organisation des équipes et selon la région.</p>
<p>6 Entretiens auprès des médiateurs du volet Création d'environnements favorables du PSJP/SIPPE</p> <p>Rapport 2</p>	<p>Rendre compte des pratiques déployées, en contexte, par les médiateurs engagés dans le volet CEF du programme</p>	<p>Étude de cas comparés</p>	<p>10 territoires de CSSS 4 régions A, B, C et D</p> <p>Période traitée : 2004/2005 à 2008/2009</p> <p>Échantillon intentionnel de type stratifié auprès de 26 médiateurs</p> <p>Palier local: 12 organisateurs communautaires + 9 partenaires locaux (de 2 territoires de CSSS)</p>	<p>Janvier 2009 à Février 2010</p> <p>Entretiens semi-dirigés</p> <p>Thèmes: activités CEF et le contexte dans lesquels elles se déroulent; processus de concertation déployés et pratiques partenariales des médiateurs; dimensions cognitives des échanges entre les médiateurs; parcours et compétences de chaque médiateur</p>	<p>Analyse qualitative thématique des <i>verbatim</i>: production d'une synthèse pour chaque cas local; une synthèse pour l'ensemble des données régionales</p> <p>Analyses comparatives : pratiques des médiateurs locaux au sein d'une même région; comparaison des pratiques entre les régions</p>

Méthodes	Objectifs	Devis	Échantillon	Collecte de données	Gestion et analyse de données
			Palier régional: 4 répondantes SIPPE de 3 régions (B, C et D) +1 informateur clef ministériel		Prise en compte de dimensions temporelles de l'action et des parcours et compétences des médiateurs pour qualifier les pratiques
7 Analyse de documents provenant d'espaces de concertation locale PSJP/SIPPE Rapport 2	Décrire les projets et la configuration des espaces locaux de concertation qui prennent forme à travers les pratiques des médiateurs Rendre compte d'indices d'action intersectorielle et de concertation locale résultant de l'action CEF	Étude de cas comparés	8 territoires de CSSS 3 régions B, C et D* Période traitée: 2004/2005 à 2008/2009 (5 ans) *pour 2 CLSC de la région A et 1 CLSC de la région C, il n'a pas été possible d'identifier clairement les projets CEF ou les partenaires mobilisé	Janvier 2009 à Février 2010 372 documents: 36 plans d'action annuels CEF; 283 comptes-rendus de réunions d'espace de concertation locale; 53 autres documents pertinents.	Grilles d'analyse complétées et validées par contre-validations successives. Analyse de contenu par comptage, groupement de données et compilations (%) pour repérer des <i>patterns</i> et variations selon le contexte (local/régional) et temporel Croisement avec données d'entretiens de médiateurs locaux et de questionnaires SIPPE

ANNEXE H.2

BILAN DE L'ENTRÉE ET DU MAINTIEN DES LIENS DANS CHACUN DES MILIEUX

Région socio-sanitaire	Site CLSC	Premier contact	Première rencontre équipe	Première approbation du CÉR	Deuxième rencontre équipe	Première famille recrutée	Dernière famille recrutée
A	A1	10-2005	04-2006	12-2005	10-2006	11-2006	12-2008
	A2		05-2006	01-2006	08-2006	09-2006	02-2009
	A3		05-2006	01-2007	02-2007	05-2007	03-2009
B	B1	09-2005	04-2006	02-2007	02-2007	03-2007	12-2008
	B2			07/2007	11-2007	12-2007	12-2008
C	C1	03-2006	01-2007	12-2006	01-2007	02-2007	03-2009
	C2	09-2005	07-2006	07-2006	11-2006	02-2007	04-2009
	C3		10-2007	05-2007	10-2007	11-2007	03-2009
	C4		04-2006	11-2006	03-2007	01-2008	11-2008
D	D1	09-2005	10-2006	06-2007	04-2007	06-2007	04-2009
	D2		05-2006	07-2006	01-2007	02-2007	11-2008
	D3	01-2006	03-2007	05-2007	06-2007	05-2007	04-2009
	D4	09-2005	10-2006	01-2007	04-2007	08-2007	03-2009
	D5		06-2006	07-2007	10-2007	08-2007	02-2009
E	E1	09-2005	11-2006	04-2006	01-2007	11-2006	01-2009
	E2		10-2006				12-2008
F	F1	10-2005	04-2006	07-2006	09-2006	09-2006	03-2009
	F2			02-2007	03-2007	04-2007	04-2009
G	G1	09-2005	01-2006	08-2006	12-2006	11-2006	04-2009

CADRE DE COLLABORATION DES COMITÉS D'ORIENTATION

La réalisation de l'évaluation du PSJP a été confiée à une équipe composée de chercheurs de cinq universités. Tout en demeurant responsable de l'évaluation du PSJP, l'équipe de recherche travaille dans un esprit de partenariat avec les différents acteurs concernés par le PSJP. L'équipe de recherche souhaite que les questions soulevées par l'évaluation correspondent aux préoccupations des milieux de pratique. Les réponses apportées par les résultats pourront ainsi contribuer au développement de pratiques innovantes pour faire face aux défis que suscite le déploiement des SIPPE et pour répondre aux besoins des jeunes/parents.

Quatre comités d'orientation sont formés. Les différentes pratiques, expertises et expériences des membres en matière de services et activités pour les jeunes/parents permettent d'assurer une large perspective du PSJP.

Composition

Le principe de la diversité des points de vue a guidé la composition des comités d'orientation. Ainsi, des chefs de programmes EJJ, des intervenantes privilégiées, des organisatrices communautaires, des représentants de partenaires du milieu et de tables d'action intersectorielle (organismes communautaires CPE, CLE, milieu scolaire autres), des répondantes régionales et des chercheurs contribuent aux travaux des comités d'orientation. Dans certains comités, des jeunes/parents participent également aux rencontres.

Les comités d'orientation constituent des forums flexibles. La composition des comités pourra être révisée en cours de processus pour s'assurer d'être toujours adéquate compte tenu de l'évolution du projet, des réflexions, des actions et du contexte.

Mandat

Les comités d'orientation participent à différentes étapes de l'évaluation.

1. Clarifier les enjeux de la mise en action du PSJP

Les discussions des comités d'orientation permettent aux acteurs des milieux et aux chercheurs d'échanger sur des grandes orientations de l'évaluation. Pour alimenter l'équipe de recherche, les membres des comités discutent également de l'état actuel des pratiques, des défis avec lesquels composer et de leurs questionnements en lien avec les objectifs poursuivis par le PSJP.

2. Participer à la modélisation des résultats

Certains résultats de l'évaluation sont discutés et interprétés avec les membres des comités d'orientation. Un des objectifs principaux de l'évaluation est la création de modèles (ou scénarios) d'action ; il s'agit d'une forme de simulation qui permet d'amorcer le développement de solutions plus complètes, mieux mises en contexte et donc plus réalisables. Les rencontres des comités d'orientation permettent les échanges pour développer la modélisation du programme.

3. Choisir les activités de partage de savoirs et faciliter leur réalisation

Les comités d'orientation identifient les activités à mettre en place pour favoriser le partage des savoirs et la discussion / diffusion des résultats. Ils identifient les interlocuteurs et les événements les plus pertinents à cibler par l'équipe de recherche.

Rôles et responsabilités

De l'équipe de recherche	Des acteurs du PSJP
<ul style="list-style-type: none">▪ susciter une participation active des milieux;▪ s'assurer de cibler les domaines et sujets jugés importants par les acteurs du PSJP;▪ produire des données fiables et valides sur le déploiement du programme;▪ discuter des méthodes de collecte et d'analyse des données;▪ présenter les résultats sous une forme accessible et utile et fournir une expertise scientifique pour répondre aux questions qui proviennent des milieux;▪ reconnaître la contribution des comités d'orientation dans les activités de communication relatives au projet.	<ul style="list-style-type: none">▪ représenter différents milieux de pratiques;▪ contribuer à la démarche et maintenir sa participation jusqu'à la conclusion du projet de recherche, dans la mesure des ressources disponibles;▪ commenter la pertinence et l'utilité des données de l'évaluation pour le PSJP;▪ valider l'analyse tirée du matériel recueilli sur le terrain par les chercheurs en la confrontant à leurs connaissances, leurs expériences et leurs propres interprétations;▪ proposer des pistes d'action ou des personnes-clés pour enrichir les réflexions et les discussions.
<ul style="list-style-type: none">▪ contribuer à l'interprétation des résultats et les scénarios de mise en action qui en découlent;▪ participer à l'élaboration de compromis pour résoudre les controverses identifiées.	

Soutien et structure des rencontres

Les travaux des comités d'orientation débutent en 2006 et se poursuivront jusqu'en 2010, ou jusqu'à la fin de l'évaluation du PSJP. Les comités d'orientation se réunissent environ deux fois par année, selon l'état d'avancement des travaux. Des rencontres supplémentaires, des sous-comités ou d'autres moyens de communication sont mis en place selon les intérêts des milieux. Afin de les dédommager, une allocation de participation est accordée aux représentantes des organismes communautaires (60 \$ par rencontre) et aux jeunes/parents (45 \$ par rencontre).

L'équipe de recherche est sensible au besoin de ne pas alourdir les tâches déjà considérables des acteurs issus des milieux. Ainsi, le soutien aux comités d'orientation est assuré par un membre de l'équipe de recherche, responsable des espaces participatifs. Celle-ci prépare les ordres du jour, anime les rencontres, rédige les comptes-rendus et assure les suivis. Les membres du comité peuvent la contacter pour lui soumettre toute question, commentaire ou suggestion.

FORMULAIRE « ENTRÉE DANS LE PSJP »



Région : CLSC : Famille : -

2. Agente de recherche :

OLO	3. La famille est-elle inscrite au programme OLO ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Passer à Q4</i> <input type="checkbox"/> Ne figure pas dans le dossier <i>Passer à Q4</i> ➡ Si oui, depuis quand? ___/___/___ <input type="checkbox"/> Ne figure pas dans le dossier jr ms an																						
INFO SIPPE / PSJP	4. Première information PSJP par le CLSC ___/___/___ jr ms an <input type="checkbox"/> Ne figure pas dans le dossier	5. Intervenant au CLSC qui a donné la première information PSJP Code de l'intervenant : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si pas de code Inscrire le nom : _____ Cocher la catégorie de personnel : <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Réceptionniste</td> <td><input type="checkbox"/> Psychologue</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infirmière</td> <td><input type="checkbox"/> Travailleur social</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Médecin</td> <td><input type="checkbox"/> Organisateur communautaire</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nutritionniste – Diététiste</td> <td><input type="checkbox"/> Auxiliaire familiale et sociale</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Orthopédagogue</td> <td><input type="checkbox"/> Conseillère clinique et de liaison</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Orthophoniste – Audiologiste</td> <td><input type="checkbox"/> Ergothérapeute - Physiothérapeute</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Psychoéducateur</td> <td><input type="checkbox"/> Autre : _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Ne figure pas dans le dossier</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Réceptionniste	<input type="checkbox"/> Psychologue	<input type="checkbox"/> Infirmière	<input type="checkbox"/> Travailleur social	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Organisateur communautaire	<input type="checkbox"/> Nutritionniste – Diététiste	<input type="checkbox"/> Auxiliaire familiale et sociale	<input type="checkbox"/> Orthopédagogue	<input type="checkbox"/> Conseillère clinique et de liaison	<input type="checkbox"/> Orthophoniste – Audiologiste	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute - Physiothérapeute	<input type="checkbox"/> Psychoéducateur	<input type="checkbox"/> Autre : _____		<input type="checkbox"/> Ne figure pas dans le dossier	6. Acteur référent <input type="checkbox"/> (0) Aucun <input type="checkbox"/> (1) Médecin hors CLSC <input type="checkbox"/> (2) Hôpital <input type="checkbox"/> (3) Famille / ami-e-s <input type="checkbox"/> (4) Intervenant d'un organisme communautaire <input type="checkbox"/> (5) Professionnel du CLSC <input type="checkbox"/> (6) Transfert d'un autre CLSC <input type="checkbox"/> (7) Déjà inscrite PSJP avec un autre enfant <input type="checkbox"/> (8) Autre : _____ <input type="checkbox"/> Ne figure pas dans le dossier				
<input type="checkbox"/> Réceptionniste	<input type="checkbox"/> Psychologue																						
<input type="checkbox"/> Infirmière	<input type="checkbox"/> Travailleur social																						
<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Organisateur communautaire																						
<input type="checkbox"/> Nutritionniste – Diététiste	<input type="checkbox"/> Auxiliaire familiale et sociale																						
<input type="checkbox"/> Orthopédagogue	<input type="checkbox"/> Conseillère clinique et de liaison																						
<input type="checkbox"/> Orthophoniste – Audiologiste	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute - Physiothérapeute																						
<input type="checkbox"/> Psychoéducateur	<input type="checkbox"/> Autre : _____																						
	<input type="checkbox"/> Ne figure pas dans le dossier																						
Inscription SIPPE / PSJP	7. Date d'inscription ___/___/___ jr ms an ➡ Remplir FORMULAIRE G <input type="checkbox"/> Ne figure pas dans le dossier	8. Intervenant qui a inscrit la famille Code de l'intervenant: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Si pas de code Inscrire le nom : _____ Cocher la catégorie de personnel : <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Infirmière</td> <td><input type="checkbox"/> Orthophoniste - Audiologiste</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Médecin</td> <td><input type="checkbox"/> Psychoéducateur</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nutritionniste – Diététiste</td> <td><input type="checkbox"/> Psychologue</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Orthopédagogue</td> <td><input type="checkbox"/> Travailleur social</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Organisateur communautaire</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Auxiliaire familiale et sociale</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Conseillère clinique et de liaison</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Ergothérapeute - Physiothérapeute</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Autre : _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Ne figure pas dans le dossier</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Infirmière	<input type="checkbox"/> Orthophoniste - Audiologiste	<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Psychoéducateur	<input type="checkbox"/> Nutritionniste – Diététiste	<input type="checkbox"/> Psychologue	<input type="checkbox"/> Orthopédagogue	<input type="checkbox"/> Travailleur social		<input type="checkbox"/> Organisateur communautaire		<input type="checkbox"/> Auxiliaire familiale et sociale		<input type="checkbox"/> Conseillère clinique et de liaison		<input type="checkbox"/> Ergothérapeute - Physiothérapeute		<input type="checkbox"/> Autre : _____		<input type="checkbox"/> Ne figure pas dans le dossier
<input type="checkbox"/> Infirmière	<input type="checkbox"/> Orthophoniste - Audiologiste																						
<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Psychoéducateur																						
<input type="checkbox"/> Nutritionniste – Diététiste	<input type="checkbox"/> Psychologue																						
<input type="checkbox"/> Orthopédagogue	<input type="checkbox"/> Travailleur social																						
	<input type="checkbox"/> Organisateur communautaire																						
	<input type="checkbox"/> Auxiliaire familiale et sociale																						
	<input type="checkbox"/> Conseillère clinique et de liaison																						
	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute - Physiothérapeute																						
	<input type="checkbox"/> Autre : _____																						
	<input type="checkbox"/> Ne figure pas dans le dossier																						

7. AUTRE TYPE DE COMMUNICATION ? Oui Non **Passer à Q8**

A) TYPE DE COMMUNICATION :

- a1) Courrier
a2) Contact téléphonique
 (1) Personne rejointe
 (2) Message laissé
 (3) Pas de réponse

B) MOTIF DE PRISE DE CONTACT :

- (1) Suivi régulier
 (2) Reprise de contact
 (3) Prise/confirmation de rendez-vous pour suivi
 (4) Prise/confirmation de rendez-vous pour accompagnement vers une ressource
 (5) Premier contact PSJP
 Autre : _____
 Ne figure pas dans le dossier

C) PERSONNES IMPLIQUÉES :

- c1) = Initiateur
Autre : _____
c2) = Personne (s) visée (s)
Autre : _____
c3) = Répondant
Autre : _____

- 1) Intervenant-e CLSC
2) Mère
3) Père biologique
4) Partenaire
5) Grand-parent
6) Autre enfant
7) Ami-e /frère/sœur
8) Boîte vocale
9) Pas de réponse
10) Non applicable (contact fait par courrier)
11) Ne figure pas au dossier

Passer à Q8

8. RESSOURCE ? Oui Non **Passer à Q9**

A) Pour de l'information?

Oui Non **Passer à Q8B**

choix (1) choix (2) choix (3)

a1) Type de ressource =

Autre établissement / organisation :

(Type)

a2) Services / activités =

(1) (1) (1) (2) (2) (2) (3) (3) (3)

TYPE DE RESSOURCE :

- 1) Autre programme/service du CLSC
2) Autre CLSC
3) Organisme communautaire
4) Organisme religieux / caritatif
5) Service municipal / gouvernemental
6) Secteur privé
7) Service de garde
8) Clinique privée de médecine
9) Centre hospitalier
10) Centre de réadaptation
11) Centre jeunesse

SERVICES/ACTIVITÉS :

- 1) Logement
2) Maison d'hébergement
3) Revenu / budget
4) Sécurité alimentaire
5) Ressources matérielles
6) Transport
7) Services de police
8) Aide juridique
9) Défense des droits et intérêts
10) Travail
11) Études
12) Développement du réseau social
13) Loisir
14) Répit
15) Garderie
16) Santé physique des parents
17) Santé mentale des parents
18) Habitudes de vie des parents
19) Gr. prénataux/postnataux
20) Parentalité
21) Allaitement

B) Pour une demande de services?

Oui Non **Passer à Q8C**

choix (1) choix (2) choix (3)

b1) Type de ressource =

Autre établissement / organisation :

(Type)

b2) Services / activités =

(1) (1) (1) (2) (2) (2) (3) (3) (3)

C) Pour de l'accompagnement?

Oui Non

choix (1) choix (2) choix (3)

c1) Type de ressource =

Autre établissement / organisation :

(Type)

c2) Services / activités =

(1) (1) (1) (2) (2) (2) (3) (3) (3)

- 22) Santé de l'enfant
- 23) Développement de l'enfant
- 24) Grossesse et accouchement
- 25) Soutien domestique
- 26) Ne figure pas au dossier

9. OUTILS D'INTERVENTION? Oui Ne figure pas au dossier **Passer à Q10**

10. OBJETS D'INTERVENTION? Oui Ne figure pas au dossier **Passer à Q11**

CONDITIONS DE VIE	Oui	Pas dans le dossier	SANTÉ DES PARENTS	Oui	Pas dans le dossier
a) Logement			u) Santé physique des parents		
b) Revenu / budget			v) Santé mentale des parents		
c) Sécurité alimentaire			PROJET DE VIE	Oui	Pas dans le dossier
d) Ressources matérielles			w) Projet de vie (école, travail)		
e) Transport			x) Projet de vie (famille)		
HABITUDES DE VIE DES PARENTS	Oui	Pas dans le dossier	y) Vie de couple		
f) Alimentation			SOUTIEN À LA VIE QUOTIDIENNE	Oui	Pas dans le dossier
g) Activités physiques			z) Démarches administratives		
h) Loisirs			aa) Aide juridique		
i) Tabac / alcool / drogues			bb) Défense des droits et intérêts		
j) Contraception / protection			cc) Développement du réseau social		
PARENTALITÉ	Oui	Pas dans le dossier	dd) Services et ressources		
k) Soins/ hygiène de vie de l'enfant			ee) Répit		
l) Pratiques éducatives			ff) Services de garde		
m) Relation parent-enfant			AUTRES OBJETS SPÉCIFIQUES	Oui	Pas dans le dossier
DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT	Oui	Pas dans le dossier	gg) Évaluation globale		
n) Cognitif			hh) Violence conjugale / familiale		

o) Langage, lecture, écriture			ii) Allaitement		
p) Socio-affectif			jj) Grossesse et accouchement		
q) Moteur			kk) Suivi postnatal (0 à 6 semaines)		
r) Alimentation			ll) Services PSJP		
s) Stimulation générale			mm) Relation avec ses parents / beaux-parents		
t) État de santé de l'enfant			nn) Relation de couple		
AUTRES					
oo) Autre : _____			pp) Autre : _____		

13. FIDÉLITÉ GLOBALE	1	2	3	4	5
	Très peu sûr			Très sûr	
14. ITEMS LES MOINS FIABLES : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
15. COMMENTAIRES					

INDICES D'INTENSITÉ DE L'INTERVENTION

Indices d'intensité prénatale et postnatale immédiat

Bébés nés à terme

$$\frac{\text{Nombre de contacts documentés}}{14 \text{ contacts prévus}} \times \frac{\text{Nombre de semaines exposé au PSJP}}{28 \text{ semaines prévues}}$$

Bébés nés prématurément

$$\frac{\text{Nombre de contacts documentés}}{(\text{Nb de semaine de gestation} - 12) / 2} \times \frac{\text{Nombre de semaines exposé au PSJP}}{\text{Nb de semaines de gestation} - 12}$$

Note : la valeur du dénominateur du premier terme doit être arrondie vers le nombre entier inférieur.

Période précédant les 6 dernières semaines de grossesse (bébés nés à terme seulement)

$$\frac{\text{Nombre de contacts documentés, du premier contact au dernier contact précédant les 6 dernières semaines de grossesse}}{11 \text{ contacts prévus}} \times \frac{\text{Nombre de semaines exposé au PSJP, entre le premier contact et la date équivalent à 6 semaines avant l'accouchement}}{22 \text{ semaines prévues}}$$

Indice d'intensité prénatale – 6 dernières semaines de grossesse (bébés nés à terme seulement)

$$\frac{\text{Nombre de contacts documentés}}{3 \text{ contacts prévus}} \times \frac{\text{Nombre de semaines exposé au PSJP}}{6 \text{ semaines}}$$

Indice d'intensité postnatale 0-6 semaines de vie du bébé (bébés nés à terme seulement) (de la date de naissance à 6 semaines + 6 jours)

$$\frac{\text{Nombre de contacts documentés}}{6 \text{ contacts prévus}} \times \frac{\text{Nombre de semaines exposé au PSJP}}{6 \text{ semaines}}$$

Indices d'intensité postnataux

Indice d'intensité postnatale 6 semaines à 6 mois de vie du bébé (tous les bébés) (6 semaines +1jr à 7 mois-1jr = 24 semaines)

$$\frac{\text{Nombre de contacts}}{12 \text{ contacts prévus}} \quad X \quad \frac{\text{Nombre de semaines exposée au PSJP}^{**}}{24 \text{ semaines}}$$

Indice d'intensité postnatale 7 à 12 mois de vie du bébé (tous les bébés) (7 mois à 13 mois-1jr = 25 semaines + 6 jours)

$$\frac{\text{Nombre de contacts}}{12 \text{ contacts prévus}} \quad X \quad \frac{\text{Nombre de semaines exposée au PSJP}}{25 \text{ semaines}}$$

12 contacts prévus = de 7 mois à la date d'anniversaire d'un an (ce qui équivaut à 22 semaines de calendrier), il est attendu qu'il y ait 1 contact par 2 semaines = 11 contacts. Par la suite, il est attendu qu'il y ait un contact par mois... donc, il devrait y avoir un contact durant les 4 semaines qui nous mènent de la date du premier anniversaire du bébé jusqu'à 13 mois-1jour.

Indice d'intensité postnatale 13 à 18 mois (tous les bébés) (13 mois à 19 mois-1jr = 25 semaines + 6 jours)

$$\frac{\text{Nombre de contacts}}{9 \text{ contacts prévus}} \quad X \quad \frac{\text{Nombre de semaines exposée au PSJP}}{25 \text{ semaines}}$$

9 contacts prévus = un contact par période de 2 à 3 semaines est prévu, mensuellement, au cours de cette période de 6 mois. Nous avons fixé la fréquence à un contact par période de trois semaines, ce qui équivaut à 8,67 contacts (arrondi à 9 contacts).

Indice d'intensité postnatale 19 à 24 mois (tous les bébés) (19 mois à 24 mois + 0 jours = 21,5 semaines)

$$\frac{\text{Nombre de contacts}}{8 \text{ contacts prévus}} \quad X \quad \frac{\text{Nombre de semaines exposée au PSJP}}{21.5 \text{ semaines}}$$

8 contacts prévus = un contact est prévu par période de 2 à 3 semaines, mensuellement, au cours de cette période de 5 mois. Nous avons fixé la fréquence à un contact par période de trois semaines, ce qui équivaut à 7,33 contacts (arrondi à 8 contacts).

ALGORITHME DE GESTION DES DOUBLONS

Dossiers cliniques : hiérarchie privilégiée pour la gestion des doublons

Si, pour une même date :

1. Il existe une ou des notes pour la mère et pour le bébé, **compter seulement les notes de la mère** (ceci équivaut aux contacts de la famille avec le programme).
2. Il existe une ou des notes pour une mère et un père vus par la même intervenante, **compter seulement les notes de la mère** (ceci équivaut aux contacts de la famille avec le programme).
3. Il existe une ou des notes pour une mère et un père vus par des intervenants différents, **compter toutes les notes de la mère et du père (ceci risque d'être TRÈS rare)**.
4. Il existe des notes pour le bébé et le père, **compter seulement le bébé**.

**Nous avons besoin
de rencontrer
1000 jeunes parents !
seras-tu du nombre**



Cette étude est réalisée dans les régions suivantes :
Capitale Nationale (Québec), Lanaudière, Laurentides,
Mauricie-Centre du Québec, Montérégie, Montréal et
Saguenay-Lac St-Jean.

© Équipe d'évaluation du PSJP, février 2006



Qui sommes nous ?

NOTRE GROUPE **ÉVALUE** LES SERVICES DU CLSC ET D'AUTRES ORGANISMES QUI AIDENT LES JEUNES DANS LEUR RÔLE DE PARENT.

POUR ASSURER TON BIEN BIEN-ÊTRE ET CELUI DE TON ENFANT, IL EST IMPORTANT DE SAVOIR SI LES RESSOURCES RÉPONDENT À **VOS BESOINS**.



Veux-tu nous rencontrer ?

NOUS DÉSIRONS TE RENCONTRER :

- 2 FOIS PENDANT LA GROSSESSE
- 4 FOIS AVEC TON ENFANT (À 5 MOIS, 1 1/2 ANS, 2 1/2 ANS ET 3 1/2 ANS).

CES RENCONTRES AURONT LIEU À L'ENDROIT **QUE TU CHOISIRAS** : À TON DOMICILE, AU CLSC OU AILLEURS.

UNE PERSONNE **PRENDRA DU TEMPS AVEC TOI** POUR RÉPONDRE À DES QUESTIONS. ELLE FERA AUSSI **DES ACTIVITÉS SOUS FORME DE JEU** AVEC TON ENFANT. CECI PERMETTRA DE SUIVRE SON DÉVELOPPEMENT.

POUR TE REMERCIER DU TEMPS QUE TU NOUS AURAS ACCORDÉ, **NOUS TE REMETTRONS 20\$ À CHAQUE VISITE.**



Que peux-tu nous apprendre ?

TU POURRAIS NOUS AIDER À COMPRENDRE :

- **CE QUE TU VIS** COMME JEUNE PARENT;
- **CE QUI AIDE** LES ENFANTS À BIEN SE DÉVELOPPER;
- **COMMENT** LES SERVICES DE TON QUARTIER ET DU CLSC **RÉPONDENT À TES BESOINS ET À CEUX DE TON ENFANT.**



Comment nous rejoindre ?

SI TU ES INTÉRESSÉ-E OU SI TU AS DES QUESTIONS, CONTACTE :

RENÉE SÉGUIN

INTERURBAIN SANS FRAIS : 1-866-588-7018

APPEL LOCAL : 514-343-6111 POSTE 18797#

COURRIEL : SEGUIR@EXCHANGE.UMONTREAL.CA

ADRESSE POSTALE : FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

C.P. 6128, SUCCURSALE CENTRE-VILLE
MONTRÉAL, Q.C. H3C 3J7

ANNEXE H.9

INSTRUMENTS DE MESURE POUR LA COLLECTE DE DONNÉES AUPRÈS DES PARENTS ET BÉBÉS

Dimension mesurée	Instrument de mesure	Auteurs	Indice de cohérence interne (auteurs)	Indice de cohérence interne (PSJP)
Conditions de vie	Adéquation des ressources matérielles	Dunst, Trivette, & Deal (1988)	0,92	0,91
	Appréciation du quartier	Statistiques Canada (1995)	non disponible	0,84
Histoire d'abus et de négligence durant l'enfance	Traumatisme dans l'enfance	Bernstein & Fink (1994, 1998). <i>Traduction en français:</i> Paquette, Laporte, Bigras, & Zoccolillo (2004).	Abus émotionnel: 0,91 Abus physique: 0,92 Abus sexuel: 0,87 Néglig. émotionnelle 0,94 Négligence physique: 0,79	Abus émotionnel: 0,87 Abus physique: 0,87 Abus sexuel: 0,92 Néglig. émotionnelle: 0,86 Négligence physique: 0,74
Expérience psychologique	Mesure de manifestations du bien-être psychologique	Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair, & Battaglini (1998a)	0,93	0,92
	Mesure de manifestations de la détresse psychologique	Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair, & Battaglini (1998b)	0,93	0,93
	Questionnaire de situations stressogènes chroniques	Lemyre & Tessier (1987, 1990)	0,96	0,89
	Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg	Cox, Holden, & Sagovsky (1987) Des Rivières-Pigeon et al. (2000)	0,82	0,46
Espace social de relations	Carte d'analyse des réseaux sociaux	Guay & Lepage (1984)	non applicable	non applicable
Développement de l'enfant	Grille d'évaluation du développement (GED), enfants 0 - 5 ans	Mathieu, Dupuis, & Moreau (2009)	Échelles cognitif-langagier et moteur: 0,60 à 0,80, selon groupe âge	non disponible

Soutien social	Inventaire des comportements de soutien	Brown (1986a, 1986b) <i>Traduction en français:</i> Goulet, Polomeno, Laizner, Marcil, & Lang (2003)	Soutien partenaire: 0,97 Soutien entourage: 0,97	Soutien partenaire: 0,97 Soutien entourage: 0,98
Pouvoir d'agir	Mesure de l'autonomie de l'adolescent	Deslandes, Potvin, & Leclerc (1997)	0,87	0,75
	Questionnaire d'opinions personnelles	Bolton & Brookings (1998, 2000)	0,93	0,80
	Conscience critique personnelle	Le Bossé, Dufort, & Vandette (2004)	0,69	0,50
Parentalité	Inventaire des connaissances du développement	MacPhee (1981, 2002)	0,68 à 0,82	0,80
	Inventaire du stress parental (<i>forme brève</i>)	Abidin (1995) Bigras, LaFrenière, & Abidin, (1996, <i>manuel francophone</i>)	Dysfonction interaction parent-enfant: 0,80 Détresse parentale: 0,87	Dysfonction interaction parent-enfant: 0,80 Détresse parentale: 0,85
	Échelle de sensibilité parentale	Bell (2008)	Découverte: 0,78 Contact affectif: 0,69 Engagement : 0,80 Contact physique: 0,55 Communication: 0,66	Découverte: 0,83 Contact affectif: 0,71 Engagement : 0,77 Contact physique: 0,54 Communication: 0,72

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE À L'INTENTION DES INTERVENANTS ET DES GESTIONNAIRES

Dans quel type d'organisation travaillez-vous présentement?

- Centre jeunesse (1)
- Centre local d'emploi (CLE) (2)
- Clinique médicale (3)
- CLSC/CSSS (4)
- CPE, service de garde (5)
- Milieu scolaire (6)
- Groupe de médecine familiale (7)
- Hôpital (8)
- Organisme communautaire (9)
- Autre : _____ (10)

Quelle est votre fonction au sein de cette organisation?

- Intervenant(e) (1)
- Gestionnaire (2)

Quelle est votre discipline professionnelle?

- Ergothérapeute / Physiothérapeute (1)
- Infirmier / Infirmière (2)
- Médecin (3)
- Nutritionniste / Diététiste (4)
- Organisateur/trice communautaire (5)
- Orthopédagogue (6)
- Orthophoniste / Audiologiste (7)
- Psycho-éducateur/éducatrice (8)
- Psychologue (9)
- Travailleur/travailleuse sociale (10)
- Auxiliaire familiale (10)
- Autre : _____ (12)

Quel est le dernier diplôme que vous avez obtenu?

- Diplôme d'études collégiales (1)
- Certificat universitaire (1^{er} cycle) (2)
- Baccalauréat (3)
- Diplôme d'études supérieures (4)
- Maîtrise (5)
- Doctorat (6)
- Autre : _____ (7)

Depuis combien d'années travaillez-vous...

- a) En tant qu'intervenant(e) ou professionnel(le)? _____ ans OU _____ mois
- b) Au sein de cette organisation? _____ ans OU _____ mois
- c)auprès des jeunes parents? _____ ans OU _____ mois
- d) Dans le PSJP ? N/A OU _____ ans OU _____ mois

QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ À L'INTENTION DES INTERVENANTS DU PSJP**PROFIL****1. Depuis combien d'années travaillez-vous : (SVP répondre à tous les items)**

	< 1 AN	≥ 1 AN < 3 ANS	≥ 3 ANS < 10 ANS	≥ 10 ANS < 18 ANS	≥ 18 ANS < 25 ANS	≥ 25 ANS
a. Dans ce quartier	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)
b. Dans un CLSC/CSSS	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)
c. Au sein de votre CLSC/CSSS actuel	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)
d. À titre de professionnel-le de la santé	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)
e. Dans le domaine de la périnatalité / petite enfance	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)
f.auprès d'une clientèle vulnérable	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)
g. auprès de parents de moins de 20 ans	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (6)

2. Quelle est votre discipline professionnelle?

- | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Ergothérapeute-physiothérapeute | <input type="checkbox"/> (1) | Orthophoniste - Audiologiste | <input type="checkbox"/> (7) |
| Infirmier-infirmière | <input type="checkbox"/> (2) | Psycho-éducateur-éducatrice | <input type="checkbox"/> (8) |
| Médecin | <input type="checkbox"/> (3) | Psychologue | <input type="checkbox"/> (9) |
| Nutritionniste-Diététiste | <input type="checkbox"/> (4) | Travailleur-travailleuse social-e | <input type="checkbox"/> (10) |
| Organisateur-organisatrice
communautaire | <input type="checkbox"/> (5) | Auxiliaire familiale | <input type="checkbox"/> (11) |
| Orthopédagogue | <input type="checkbox"/> (6) | Autre : _____ | <input type="checkbox"/> (12) |

3. Quel est le dernier diplôme que vous avez obtenu ?

- | | | | |
|--|------------------------------|---|------------------------------|
| Diplôme d'études secondaires | <input type="checkbox"/> (1) | Diplôme d'études supérieures (2 ^{ème} cycle) | <input type="checkbox"/> (5) |
| Diplôme d'études collégiales | <input type="checkbox"/> (2) | Maîtrise | <input type="checkbox"/> (6) |
| Certificat universitaire (1 ^{er} cycle) | <input type="checkbox"/> (3) | Doctorat | <input type="checkbox"/> (7) |
| Baccalauréat | <input type="checkbox"/> (4) | Autre : _____ | <input type="checkbox"/> (8) |

4. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

- | | | | |
|-----------------|------------------------------|----------------|------------------------------|
| Moins de 20 ans | <input type="checkbox"/> (1) | De 40 à 49 ans | <input type="checkbox"/> (4) |
| De 20 à 29 ans | <input type="checkbox"/> (2) | De 50 à 59 ans | <input type="checkbox"/> (5) |
| De 30 à 39 ans | <input type="checkbox"/> (3) | Plus de 60 ans | <input type="checkbox"/> (6) |

5. Sexe : Féminin (1) Masculin (2)

FORMATION MODULES SIPPE

6. Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi l'un ou l'autre des trois Modules de formation continue offerts par le MSSS ou par votre Agence régionale de la santé et des services sociaux dans le cadre des SIPPE?

SVP répondez pour chacun des trois Modules.

<u>Si oui, indiquez à quand remonte la dernière formation et la pertinence.</u>		
Nom de la formation	Dernière formation suivie sur ce Module	Pertinence de la formation
<p>a. Module 1 : Consolidation des éléments essentiels à la mise en œuvre des SIPPE</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (0)</p>	<p>Il y a moins de 1 an <input type="checkbox"/> (1)</p> <p>Entre 1 an et 3 ans <input type="checkbox"/> (2)</p> <p>Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> (3)</p>	<p>Très pertinente <input type="checkbox"/> (5)</p> <p>Pertinente <input type="checkbox"/> (4)</p> <p>Moyennement pertinente <input type="checkbox"/> (3)</p> <p>Peu pertinente <input type="checkbox"/> (2)</p> <p>Pas pertinente <input type="checkbox"/> (1)</p>
<p>b. Module 2 : Intervenir auprès des jeunes parents : pistes de réflexion et partage d'expériences</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (0)</p>	<p>Il y a moins de 1 an <input type="checkbox"/> (1)</p> <p>Entre 1 an et 3 ans <input type="checkbox"/> (2)</p> <p>Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> (3)</p>	<p>Très pertinente <input type="checkbox"/> (5)</p> <p>Pertinente <input type="checkbox"/> (4)</p> <p>Moyennement pertinente <input type="checkbox"/> (3)</p> <p>Peu pertinente <input type="checkbox"/> (2)</p> <p>Pas pertinente <input type="checkbox"/> (1)</p>
<p>c. Module 3 : L'attachement au cœur du développement du nourrisson</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (0)</p>	<p>Il y a moins de 1 an <input type="checkbox"/> (1)</p> <p>Entre 1 an et 3 ans <input type="checkbox"/> (2)</p> <p>Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> (3)</p>	<p>Très pertinente <input type="checkbox"/> (5)</p> <p>Pertinente <input type="checkbox"/> (4)</p> <p>Moyennement pertinente <input type="checkbox"/> (3)</p> <p>Peu pertinente <input type="checkbox"/> (2)</p> <p>Pas pertinente <input type="checkbox"/> (1)</p>

FORMATION CONTINUE

7. Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi des formations continues offertes par votre Agence régionale de santé publique ou votre CSSS concernant les thématiques suivantes ?

Si oui, indiquez à quand remonte la dernière formation et la pertinence.

Aussi, indiquez si vous souhaitez avoir de la formation sur ce thème, que vous ayez ou non suivi une formation.

Thème de la formation	Dernière formation suivie sur ce thème	Pertinence de la formation	Aimeriez-vous de la formation sur ce thème?
a. L'intervention en contexte de pauvreté Oui, une fois <input type="checkbox"/> (1) Oui, plus d'une fois <input type="checkbox"/> (2) Non <input type="checkbox"/> (0)	Il y a moins de 1 an <input type="checkbox"/> (1) Entre 1 an et 3 ans <input type="checkbox"/> (2) Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> (3)	Très pertinente <input type="checkbox"/> (5) Pertinente <input type="checkbox"/> (4) Moyennement pertinente <input type="checkbox"/> (3) Peu pertinente <input type="checkbox"/> (2) Pas pertinente <input type="checkbox"/> (1)	Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (0)
b. Le travail en équipe interdisciplinaire Oui, une fois <input type="checkbox"/> (1) Oui, plus d'une fois <input type="checkbox"/> (2) Non <input type="checkbox"/> (0)	Il y a moins de 1 an <input type="checkbox"/> (1) Entre 1 an et 3 ans <input type="checkbox"/> (2) Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> (3)	Très pertinente <input type="checkbox"/> (5) Pertinente <input type="checkbox"/> (4) Moyennement pertinente <input type="checkbox"/> (3) Peu pertinente <input type="checkbox"/> (2) Pas pertinente <input type="checkbox"/> (1)	Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (0)
c. L'action intersectorielle Oui, une fois <input type="checkbox"/> (1) Oui, plus d'une fois <input type="checkbox"/> (2) Non <input type="checkbox"/> (0)	Il y a moins de 1 an <input type="checkbox"/> (1) Entre 1 an et 3 ans <input type="checkbox"/> (2) Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> (3)	Très pertinente <input type="checkbox"/> (5) Pertinente <input type="checkbox"/> (4) Moyennement pertinente <input type="checkbox"/> (3) Peu pertinente <input type="checkbox"/> (2) Pas pertinente <input type="checkbox"/> (1)	Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (0)
d. L'empowerment Oui, une fois <input type="checkbox"/> (1) Oui, plus d'une fois <input type="checkbox"/> (2) Non <input type="checkbox"/> (0)	Il y a moins de 1 an <input type="checkbox"/> (1) Entre 1 an et 3 ans <input type="checkbox"/> (2) Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> (3)	Très pertinente <input type="checkbox"/> (5) Pertinente <input type="checkbox"/> (4) Moyennement pertinente <input type="checkbox"/> (3) Peu pertinente <input type="checkbox"/> (2) Pas pertinente <input type="checkbox"/> (1)	Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (0)
e. Développement social des communautés Oui, une fois <input type="checkbox"/> (1) Oui, plus d'une fois <input type="checkbox"/> (2) Non <input type="checkbox"/> (0)	Il y a moins de 1 an <input type="checkbox"/> (1) Entre 1 an et 3 ans <input type="checkbox"/> (2) Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> (3)	Très pertinente <input type="checkbox"/> (5) Pertinente <input type="checkbox"/> (4) Moyennement pertinente <input type="checkbox"/> (3) Peu pertinente <input type="checkbox"/> (2) Pas pertinente <input type="checkbox"/> (1)	Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (0)
f. L'intervention auprès des pères Oui, une fois <input type="checkbox"/> (1) Oui, plus d'une fois <input type="checkbox"/> (2) Non <input type="checkbox"/> (0)	Il y a moins de 1 an <input type="checkbox"/> (1) Entre 1 an et 3 ans <input type="checkbox"/> (2) Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> (3)	Très pertinente <input type="checkbox"/> (5) Pertinente <input type="checkbox"/> (4) Moyennement pertinente <input type="checkbox"/> (3) Peu pertinente <input type="checkbox"/> (2) Pas pertinente <input type="checkbox"/> (1)	Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (0)

7. (suite)

Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi des formations continues offertes par votre Agence régionale de santé publique ou votre CSSS concernant les thématiques suivantes ?

Si oui, indiquez à quand remonte la dernière formation et la pertinence.

Aussi, indiquez si vous souhaitez avoir de la formation sur ce thème, que vous ayez ou non suivi une formation.

Thème de la formation	Dernière formation suivie sur ce thème	Pertinence de la formation	Aimeriez-vous de la formation sur ce thème?
g. La violence conjugale Oui, une fois <input type="checkbox"/> (1) Oui, plus d'une fois <input type="checkbox"/> (2) Non <input type="checkbox"/> (0)	Il y a moins de 1 an <input type="checkbox"/> (1) Entre 1 an et 3 ans <input type="checkbox"/> (2) Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> (3)	Très pertinente <input type="checkbox"/> (5) Pertinente <input type="checkbox"/> (4) Moyennement pertinente <input type="checkbox"/> (3) Peu pertinente <input type="checkbox"/> (2) Pas pertinente <input type="checkbox"/> (1)	Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (0)
h. Les toxicomanies et les dépendances Oui, une fois <input type="checkbox"/> (1) Oui, plus d'une fois <input type="checkbox"/> (2) Non <input type="checkbox"/> (0)	Il y a moins de 1 an <input type="checkbox"/> (1) Entre 1 an et 3 ans <input type="checkbox"/> (2) Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> (3)	Très pertinente <input type="checkbox"/> (5) Pertinente <input type="checkbox"/> (4) Moyennement pertinente <input type="checkbox"/> (3) Peu pertinente <input type="checkbox"/> (2) Pas pertinente <input type="checkbox"/> (1)	Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (0)
i. L'application de la Loi sur la Protection de la Jeunesse Oui, une fois <input type="checkbox"/> (1) Oui, plus d'une fois <input type="checkbox"/> (2) Non <input type="checkbox"/> (0)	Il y a moins de 1 an <input type="checkbox"/> (1) Entre 1 an et 3 ans <input type="checkbox"/> (2) Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> (3)	Très pertinente <input type="checkbox"/> (5) Pertinente <input type="checkbox"/> (4) Moyennement pertinente <input type="checkbox"/> (3) Peu pertinente <input type="checkbox"/> (2) Pas pertinente <input type="checkbox"/> (1)	Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (0)
j. La rédaction des notes cliniques au dossier Oui, une fois <input type="checkbox"/> (1) Oui, plus d'une fois <input type="checkbox"/> (2) Non <input type="checkbox"/> (0)	Il y a moins de 1 an <input type="checkbox"/> (1) Entre 1 an et 3 ans <input type="checkbox"/> (2) Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> (3)	Très pertinente <input type="checkbox"/> (5) Pertinente <input type="checkbox"/> (4) Moyennement pertinente <input type="checkbox"/> (3) Peu pertinente <input type="checkbox"/> (2) Pas pertinente <input type="checkbox"/> (1)	Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (0)
k. Stimulation précoce Oui, une fois <input type="checkbox"/> (1) Oui, plus d'une fois <input type="checkbox"/> (2) Non <input type="checkbox"/> (0)	Il y a moins de 1 an <input type="checkbox"/> (1) Entre 1 an et 3 ans <input type="checkbox"/> (2) Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> (3)	Très pertinente <input type="checkbox"/> (5) Pertinente <input type="checkbox"/> (4) Moyennement pertinente <input type="checkbox"/> (3) Peu pertinente <input type="checkbox"/> (2) Pas pertinente <input type="checkbox"/> (1)	Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (0)

7. (suite)

Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi des formations continues offertes par votre Agence régionale de santé publique ou votre CSSS concernant les thématiques suivantes ?

Si oui, indiquez à quand remonte la dernière formation et la pertinence.

Aussi, indiquez si vous souhaitez avoir de la formation sur ce thème, que vous ayez ou non suivi une formation.

Thème de la formation	Dernière formation suivie sur ce thème	Pertinence de la formation	Aimeriez-vous de la formation sur ce thème?
l. Appui aux pratiques/compétences parentales Oui, une fois <input type="checkbox"/> (1) Oui, plus d'une fois <input type="checkbox"/> (2) Non <input type="checkbox"/> (0)	Il y a moins de 1 an <input type="checkbox"/> (1) Entre 1 an et 3 ans <input type="checkbox"/> (2) Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> (3)	Très pertinente <input type="checkbox"/> (5) Pertinente <input type="checkbox"/> (4) Moyennement pertinente <input type="checkbox"/> (3) Peu pertinente <input type="checkbox"/> (2) Pas pertinente <input type="checkbox"/> (1)	Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (0)
m. L'éveil à la lecture et l'écriture Oui, une fois <input type="checkbox"/> (1) Oui, plus d'une fois <input type="checkbox"/> (2) Non <input type="checkbox"/> (0)	Il y a moins de 1 an <input type="checkbox"/> (1) Entre 1 an et 3 ans <input type="checkbox"/> (2) Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> (3)	Très pertinente <input type="checkbox"/> (5) Pertinente <input type="checkbox"/> (4) Moyennement pertinente <input type="checkbox"/> (3) Peu pertinente <input type="checkbox"/> (2) Pas pertinente <input type="checkbox"/> (1)	Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (0)
n. L'allaitement maternel Oui, une fois <input type="checkbox"/> (1) Oui, plus d'une fois <input type="checkbox"/> (2) Non <input type="checkbox"/> (0)	Il y a moins de 1 an <input type="checkbox"/> (1) Entre 1 an et 3 ans <input type="checkbox"/> (2) Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> (3)	Très pertinente <input type="checkbox"/> (5) Pertinente <input type="checkbox"/> (4) Moyennement pertinente <input type="checkbox"/> (3) Peu pertinente <input type="checkbox"/> (2) Pas pertinente <input type="checkbox"/> (1)	Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (0)
o. La vaccination Oui, une fois <input type="checkbox"/> (1) Oui, plus d'une fois <input type="checkbox"/> (2) Non <input type="checkbox"/> (0)	Il y a moins de 1 an <input type="checkbox"/> (1) Entre 1 an et 3 ans <input type="checkbox"/> (2) Il y a plus de 3 ans <input type="checkbox"/> (3)	Très pertinente <input type="checkbox"/> (5) Pertinente <input type="checkbox"/> (4) Moyennement pertinente <input type="checkbox"/> (3) Peu pertinente <input type="checkbox"/> (2) Pas pertinente <input type="checkbox"/> (1)	Oui <input type="checkbox"/> (1) Non <input type="checkbox"/> (0)

EXPÉRIENCE DU PSJP

8. Avec les ressources à votre disposition pour le PSJP (mères < 20 ans), dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre capacité à :

(1) pas du tout → → → → → (5) Très satisfait
NA = non applicable

a. Développer une relation de confiance avec les jeunes parents	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
b. Répondre aux besoins des jeunes parents	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
c. Élaborer, en collaboration avec les jeunes parents et l'équipe interprofessionnelle, un plan d'intervention individualisé	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
d. Offrir des activités de groupe aux jeunes parents	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
e. Travailler en collaboration avec les partenaires du milieu (organismes communautaires, CLE, CPE, école, etc.)	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
f. Travailler à partir des priorités établies par les jeunes parents	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
g. Offrir l'intensité de rencontres que <u>VOUS</u> jugez nécessaire (visites à domicile, au CSSS, etc.)	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
h. Appuyer le développement du réseau social des jeunes parents	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
i. Travailler à l'amélioration des conditions de vie des jeunes parents (logement, transport, sécurité alimentaire, ressources financières)	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
j. Renforcer les compétences parentales des jeunes parents	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
k. Accompagner les jeunes parents dans les ressources du milieu	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
l. Offrir la fréquence de rencontres prescrite par le programme	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
m. Faire du <i>counseling</i> sur des questions de santé auprès des jeunes parents	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
n. Introduire auprès des jeunes parents des activités favorisant le développement de l'enfant	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
o. Assurer un suivi aux jeunes parents en complémentarité avec celui offert par d'autres ressources	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
p. Accompagner les jeunes parents qui vivent des problèmes psychosociaux	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
q. Soutenir les démarches des jeunes parents dans la poursuite de leurs projets de vie	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
r. Faciliter l'accès des jeunes parents aux ressources du milieu	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
s. Faire face à la complexité des situations vécues par les jeunes parents	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
t. Offrir la durée de suivi prescrite par le programme	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)
u. Introduire un changement dans la vie des jeunes parents	<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> NA (9)

VOTRE APPRÉCIATION

Nous aimerions maintenant connaître votre opinion sur les éléments suivants du PSJP :

(1) Mauvaise → → → → → (5) Excellente

9. Comment jugez-vous la supervision clinique que vous recevez pour vous soutenir dans votre intervention auprès des jeunes parents?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
10. Comment jugez-vous la collaboration entre les membres de votre équipe interdisciplinaire dans le cadre du programme?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
11. Comment jugez-vous votre connaissance des ressources du territoire pour intervenir auprès des jeunes parents?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)
12. Comment jugez-vous la collaboration entre votre équipe et les ressources du territoire?	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (5)

13. Présentement, combien de familles suivez-vous dans le cadre du PSJP?

_____ familles

14. En moyenne, combien de rencontres par semaine avec les jeunes parents/familles faites-vous dans le cadre du PSJP? (inclure les rencontres à domicile, au CLSC et les activités de groupe)?

_____ rencontres

15. Quel pourcentage de votre temps de travail consacrez-vous par semaine au PSJP ?

Moins de 25% du temps de travail (1)

De 25% à 50% du temps de travail (2)

De 51% à 75% du temps de travail (3)

Plus de 75% du temps de travail (4)

16. Croyez-vous que ce pourcentage de temps est suffisant compte tenu du nombre de familles dont vous assurez le suivi ?

Oui (1) Non (0)

17. Enfin, comment jugez-vous dans son ensemble, le programme (PSJP) mis de l'avant par le MSSS et son cadre d'application suggéré?

Très pertinent (5)

Pertinent (4)

Moyennement pertinent (3)

Peu pertinent (2)

Pas pertinent (1)

S.V.P. Vérifier que vous avez répondu à toutes les questions.

BIBLIOGRAPHIE

- Abidin, R.R.** (1995). *Parenting Stress Index*, Third Edition. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Agence de la santé publique du Canada.** (2009). *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Ottawa: Auteurs.
- Agence de la santé publique du Canada.** (2008). *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. Ottawa: Auteurs.
- Astier, I.** (2007). *Les nouvelles règles du social*. Paris: Presses universitaires de France.
- Barn, R., & Mantovani, N.** (2007). Young mothers and the care system: contextualizing risk and vulnerability. *British Journal of Social Work*, 37(2), 225-243.
- Baudouin, J.-L.** (1981). L'expérimentation sur les humains: un conflit de valeurs. *McGill Law Journal*, 26, 809-846.
- Bell, L.** (2008). L'établissement de la relation parents-enfant. Un modèle dévaluation et d'intervention ayant pour cible la sensibilité parentale. *L'infirmière clinicienne*, 5, 39-44.
- Bernstein, D.P., & Fink, L.** (1998). *Childhood trauma questionnaire. A retrospective self-report. Manual*. San Antonio : The Psychological Corporation. Harcourt & Brace Company.
- Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J.** (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136.
- Bhaskar, R.A.** (1997) [1975]. *A Realist Theory of Science*. London: Verso.
- Bigras, M., LaFrenière, P.J., & Abidin, R.R.** (1996). *Indice de stress parental: Manuel francophone en complément de l'édition américaine*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Billette, J.M., & Janz, T.** (2011). *Les blessures au Canada : Un aperçu des résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Produit n° 82-624-X au catalogue de Statistique Canada). Disponible à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2011001/article/11506-fra.pdf>
- Bloom, K.C.** (1998). Perceived relationship with the father of the baby and maternal attachment in adolescents. *JOGNN*, 27(4), 420-430.
- Bolton, B., & Brookings, J.** (1998). Development of a measure of intrapersonal empowerment. *Rehabilitation Psychology*, 43(2), 131-142.
- Bolton, B., & Brookings, J.** (2000). Confirmatory factor analysis of a measure of intrapersonal empowerment. *Rehabilitation Psychology*, 45 (3), 292-298.
- Bordeleau, M., Dumitru, V., & Plante, N.** (2010). *Santé mentale et bien-être des adultes québécois : un aperçu à partir de quelques indicateurs-clés. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Portrait chiffré*. Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Bourdieu, P.** (2000). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Paris : Seuil.
- Bourque, D.** (2010). *Concertation et partenariat. Entre levier et piège du développement des communautés*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Boutin, G.** (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Boyer, G., Brodeur, J.M., et al.** (2001). *Étude des effets de la phase prénatale du programme Naître égaux – Grandir en santé*. Montréal : Direction de la santé publique.

- Brown, M.A.** (1986a). Marital support during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 15, 475-483.
- Brown, M.A.** (1986b). Social support during pregnancy: A unidimensional or multidimensional construct? *Nursing Research*, 35, 4-9.
- Brown, M.A.** (1986c). Social support, stress, and health: A comparison of expectant mothers and fathers. *Nursing Research*, 35(21), 72-76.
- Bunting, L., & McAuley, C.** (2004). Research review : Teenage pregnancy and parenthood : The role of fathers. *Child and Family Social Work*, 9 (3), 295-303.
- Bynner, J.** (1999). *Risques et résultats de l'exclusion sociale : ce que montrent les données longitudinales*. Institute of Education, University of London.
- Camirand, H., Bernèche, F., Cazale, L., Dufour, R., Baulne, J., et al.** (2010). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Callon, M.** (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique*, 36, 169-208.
- Castel, R.** (2000). Cadrer l'exclusion. Dans S. Karsz (Éd), *L'exclusion, définir pour en finir* (pp. 35-60). Paris : Dunod.
- Châtel, V., & Roy, S.** (Éds). (2008). *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Châtel, V., & Soulet, M.-H.** (Éds). (2003). *Agir en situation de vulnérabilité*. Saint-Nicolas (Qc): Presses de l'Université Laval.
- Checkland, P.** (1981). *Systems Thinking, Systems Practice*. Chichester (UK) : John Wiley & Sons.
- Clément, M., & Bolduc, N.** (2004). Regards croisés sur la vulnérabilité : le politique, le scientifique et l'identitaire. Dans F. Saillant, M. Clément, & C. Gaucher (Éds), *Identités, vulnérabilités, communautés* (pp. 61-82). Québec : Éditions Nota bene.
- Clément, M.-È., & Dufour, S.** (Éds.). (2009). *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*. Anjou: Les éditions CEC.
- Clemmens, D.** (2001). The Relationship Between Social Support and Adolescent Mothers' Interactions With Their Infants : A Meta-Analysis. *JOGNN*, 30(4), 410-420.
- Coffey, A., & Atkinson, P.** (1996). *Making sense of qualitative data*. Thousand Oaks: Sage.
- Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky R.** (1987). Detection of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Crépeau, F., & Remarais, F-H.** (2009). *Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale – Avril 2009*. Québec : Direction de la statistique et du soutien aux expérimentations, Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.
- Creswell, J.W.** (2008). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3^e éd.). Thousand Oaks: Sage.
- Crocker, L., & Algina, J.** (1986). *Introduction to Classical and Modern Test Theory*. Orlando, FL: Holt, Rinehart & Winston.
- Currie, J., & Widom, C.S.** (2010). Long Term Consequences of Child Abuse and Neglect on Adult Economic Well-Being. *Child Maltreatment*, 15, 111-120.

- Delor, F., & Hubert, M.** (2000). Revisiting the concept of vulnerability. *Social Science & Medecine*, 50(11), 1557-1570.
- Deslandes, R., & Cloutier, R.** (2005). Pratiques parentales et réussite scolaire en fonction de la structure familiale et du genre des adolescents. *Revue française de pédagogie*, 151(2), 61-74.
- Deslandes, R., Potvin, P. & Leclerc, D.** (1997). Validation québécoise de l'Échelle de l'Autonomie de l'Adolescent. *Science et Comportement*, 27(3), 37-51.
- Deslauriers, J.M.** (2010). L'expérience des futurs jeunes pères durant la période prénatale. *Reflets : revue d'intervention sociale en communautaire*, 16 (1), 63-100.
- Deslauriers, J-P., & Kérisit, M.** (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A.-P. Pires. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 85-111). Montréal: Gaëtan Morin.
- Desroches, A., Leroy, A., Quaranta, J-F., & Vallée, F.** (2006) *Dictionnaire d'analyse et de gestion des risques*. Paris: Lavoisier.
- Des Rivières-Pigeon, C., Séguin, L., Brodeur, J.-M., Perreault, M., Boyer, G., Colin, C., & Goulet, L.** (2000). L'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg: Validité au Québec auprès de femmes de statut socio-économique faible. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 19, 201-214.
- DeVellis, R.F.** (1991). *Scale development. Theory and applications*. Applied Social Research Methods Series, Volume 26. Newbury Park : Sage.
- Donnadieu, G., & Karsky, M.** (2002). *La systémique: Penser et agir dans la complexité*. Paris: Éditions Liaisons.
- Dunst, C.J., Trivette, C., & Deal, A.** (1988). *Enabling and empowering families: Principles and Guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Everitt, B.S., Landau, S., Leese, M., & Stahl, D.** (2011). *Cluster Analysis* (5th Ed.). <http://dx.doi.org/10.1002/9780470977811>.
- Flaskerud, J.H., Lesser, J., Dixon, E., Anderson, N., Conde, F., Kim, S., Koniak-Griffin, D., Strehlow, A., Tullmann, D., & Verzemnieks, I.** (2002). Health disparities among vulnerable populations. Evolution of knowledge over five decades in *Nursing Research* publications. *Nursing Research*, 51(2), 74-85.
- Flaskerud, J.H., & Winslow, B.J.** (1998). Conceptualizing vulnerable populations health-related research. *Nursing Research*, 47(2), 69-78.
- Furey, A.** (2003). Are support and parenting programmes of value for teenage parents? Who should provide them and what are the main goals? *Public Health*, 118, 262-267.
- Fustier, P.** (2000). *Le lien d'accompagnement. Entre don et contrat salarial*. Paris : Dunod.
- Gagnon, E.** (2009). Une société d'accompagnement. Dans M. Clément, L. Gélinau, & A.-M. McKay (Éds). *Proximités : Lien, accompagnement et soin* (pp. 333-353). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Gaudet, S., & Charbonneau, J.** (2000). Comment les mères adolescentes se bricolent-elles un avenir ? Dans M. Simard, & J. Alary (Dir.). *Comprendre la famille. Actes du 5^e symposium québécois de recherche sur la famille* (pp. 183-196). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Gendron, S.** (2002). *La pratique participative en santé publique: l'émergence d'un paradigme*. Thèse de doctorat, Faculté de médecine, Université de Montréal. Montréal: Publication du GRIS (T01-04).

- Gendron, S., & Goulet, C. (2008).** *Mise en action du Programme de soutien aux jeunes parents. Rapport Synthèse des enjeux soulevés par les membres des Comités d'orientation.* Rapport de recherche adressé au Comité de suivi interministériel de l'évaluation du Volet soutien aux jeunes parents des SIPPE, Université de Montréal.
- Geronimus, A.T. (2003).** Damned if you do: Culture, identity, privilege, and teenage childbearing in the United States. *Social Science & Medicine*, 57, 881-893.
- Goguel d'Allondans, A. (2003).** *L'exclusion sociale. Les métamorphoses d'un concept (1960-2000).* Paris: L'Harmattan.
- Goulet, C., Francoeur, D., Frappier, J.-Y., & Asselin, C. (2007).** *Le développement personnel et parental des mères adolescentes pour le mieux-être des enfants : un projet pilote de faisabilité. Rapport de recherche.* Document inédit, CHU Ste-Justine, Montréal, Qc.
- Goulet, C., Gévry, H., Gauthier, R.J., Lepage, L., Fraser, W., & Aita, M. (2001).** A controlled clinical trial of home care management versus hospital care management for preterm labour. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 259-269.
- Goulet, C., Polomeno, V., Laizner, A.M., Marcil, I., & Lang, A. (2003).** Translation and validation of a French version of Brown's Support Behaviors Inventory in Perinatal Health. *Western Journal of Nursing Research*, 25(5), 561-582.
- Guay, J., & Lepage, L. (1984).** *Découvrir son réseau. Outil de formation élaboré pour des sessions sur le réseau.* Québec: Université Laval.
- Hassan, G. (2004).** *Étude du lien entre les déterminants psychosociaux et cognitifs et les comportements de contrôle intrusifs des mères adolescents envers leur enfant d'âge préscolaire.* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, QC.
- Hayne, D.L., Petts, R.J., Maimon, D., & Piquero, A.R. (2009).** Exposure to violence in adolescence and precocious role exits. *Journal of Youth & Adolescence*, 38(3), 269-286.
- Howard, K.S., & Brooks-Gunn, J. (2009).** The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect. *The Future of Children*, 19(2), 119-146.
- Heslon, C. (2009).** L'accompagnement, art de l'ajustement. *Revue Savoirs*, 20, 75-78.
- Hillis, S.D., Anda, R.F., Dube, S.R., Felitti, V.J., Marchbanks, P.A., & Marks, J.S. (2004).** The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*, 113(2), 320-327.
- Hoffman, S.D. (1998).** Teenage childbearing is not so bad after all... Or is it? A review of the new literature. *Family Planning Perspectives*, 30, 235-239, 243.
- Howlett, M. (2000).** Managing the "hollow state": procedural policy instruments and modern governance. *Canadian Public Administration / Administration Publique du Canada*, 43(4), 412-431.
- Huberman, A.M., & Miles, M.B. (2003).** *Analyse des données qualitatives (2^e éd.).* Paris: De Boeck.
- Institut de la statistique du Québec. (2002).** *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999.* Sainte-Foy (Qc): Les Publications du Québec.
- ISQ-MSSS. (2004).** *Registre des événements démographiques du Québec (fichier des naissances vivantes).* Québec: Service de la surveillance de l'état de la santé, Direction générale de la santé publique.
- Kvale, S. (1996).** *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing.* Thousand Oaks: Sage.

- Lang, A.** (2002). *Explanatory model of health in bereaved parents post fetal / infant death*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, QC.
- Lavigueur, S.,** Coutu, S., Dubeau, D., David, A., & Grenon, É. (2005). Le soutien parental offert par les membres du réseau social : le point de vue des mères en situation de vulnérabilité. *Santé mentale au Québec, 30(2)*, 139-163.
- Le Bossé, Y.,** Dufort, F. & Vandette, L. (2004). L'évaluation de l'empowerment des personnes : développement d'une Mesure d'Indicateurs Psychosociologiques du Pouvoir d'Agir (MIPPA), *Revue canadienne de santé mentale communautaire, 23(1)*, 91-114.
- Le Moigne, J-L.** (1999). *La modélisation des systèmes complexes*. Paris: Dunod.
- Lemyre, L.,** & Tessier, R. (1987). Stress et stressés : une mesure de la dimension chronique. *Revue québécoise de psychologie, 8(1)*, 54-66.
- Lemyre, L.,** Tessier, R., & Fillion, L. (1990). *Mesure du stress psychologique (M.S.P.) : Manuel d'utilisation*. Borssard, Qc: Éditions Behaviora.
- Levasseur, M.** (2000). Perception de l'état de santé. Dans *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition* (pp. 259-271). Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Lincoln, Y.S.,** & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage.
- MacPhee, D.** (1981). *Knowledge of Infant Development Inventory (KIDI)*. Fort Collin, Co: Colorado State University..
- MacPhee, D.** (2002). *Knowledge of Infant Development Inventory. Survey of Child Care Experiences. Manual*. Department of Human Development & Family Studies, Colorado State University.
- Massé, R.,** Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., Battaglini, A. (1998a). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique: L'ÉMMBEP. *Revue Canadienne de Santé Publique, 89(5)*, 352-357.
- Massé, R.,** Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., Battaglini, A. (1998b). Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique dans une population non clinique de Québécois francophones. *Revue Canadienne de Santé Publique, 89(3)*, 183-187.
- Mathieu, M.,** Dupuis, G., & Moreau, J. (2009). *Étude de normalisation. Grille d'évaluation du développement (GED) pour les enfants de 0 à 5 ans. Rapport final*. Montréal, Qc: Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales.
- Melzer, K.,** Schutz, Y., Boulvain, M., & Kayser, B. (2010). Physical activity and pregnancy. Cardiovascular adaptations, recommendations and pregnancy outcomes. Review article. *Sports Medecine, 40(6)*, 493-507.
- Michel, P.,** Salmi, L.-R., Sibé, M., & Salmi, M.-T. (2000). Évaluer les processus en santé : importance et limites actuelles. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 48*, 571-582.
- Meade, C.S.,** Kershaw, T.S., & Ickovics, J.R. (2008). The intergenerational cycle of teenage motherhood: an ecological approach. *Health Psychology, 27(4)*, 419-429.
- Ministère de la santé et des Services sociaux.** (2004a). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité: Cadre de référence*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des Services sociaux.** (2004b). *La consolidation des éléments essentiels à la mise en œuvre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des Services sociaux.** (2004c). *L'intervention auprès de jeunes parents: Pistes de réflexion et partage d'expériences*. Québec: Gouvernement du Québec.

- Moreau, J.,** Léveillé, S., & Roy, C. (1998). Vulnérabilité et interaction mère-nourrisson. Illustration de conditions nécessaires mais non suffisantes à l'efficacité de l'intervention précoce. *Santé mentale au Québec, XXIII*, 187-213.
- Morin, E.** (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris: Seuil.
- Muhr, T.,** & Friese, S. (2004). *User's Manual for ATLAS.ti 5.0* (2^e éd.). Berlin: Auteur.
- Ninacs, W.A.** (2008). *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Noll, J.G.,** Shenk, C.E., & Putnam, K.T. (2009). Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: a meta-analytic update. *Journal of Pediatric Psychology, 34*(4), 366-378.
- Normand, R.E.,** Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med 9*(11): e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349
- Olds, D.L.,** & Kitzman, H. (1993). Review of Research on Home Visiting for Pregnant Women and Parents of Young Children. *The Future of Children, 3*(3), 53-92.
- Ouellet, F.,** Milcent, M-P., & Deveau, A. (2006). Jeunes pères vulnérables : trajectoires de vie et paternité. *Nouvelles pratiques sociales, 18* (2), 156-171.
- Paillé, P.** (2010). Qui suis-je pour interpréter? Dans P. Paillé (Dir.). *La méthodologie qualitative. Postures de recherche et travail de terrain* (pp. 99-123). Paris: Armand Colin.
- Paillé, P.,** & Muchielli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2^e éd.). Paris: Armand Colin.
- Pampalon, R.,** Hamel, D., & Raymond, G. (2004). *Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec – Mise à jour 2001*. Institut national de santé publique du Québec.
- Paquette, D.,** Laporte, L., Bigras, M., & Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec, 29*(1), 201-220.
- Patton, M.Q.** (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2^e éd.). Newbury Park: Sage.
- Paul, M.** (2009). L'accompagnement dans le champ professionnel. *Revue Savoirs, 20*, 13-63.
- Pawson, R.,** & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage.
- Pawson, R.,** & Tilley, N. (2005). Realistic Evaluation. In S. Mathison (Ed.) *Encyclopedia of Evaluation* (pp. 362-367). Thousand Oaks: Sage.
- Payot, A.,** Gendron, S., Lefebvre, F., & Doucet, H. (2007). Deciding to resuscitate extremely premature babies: How do parents and neonatologists engage in the decision? *Social Science and Medicine, 64*(7), 1487-1500.
- Pelchat, Y.,** Gagnon, É., & Thomassin, A. (2006). Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale. *Lien social et Politiques – RIAC, 55*, 55-66.
- Pires, A.P.** (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A.-P. Pires. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Montréal: Gaëtan Morin.
- Polomeno, V.** (2000). *First time parenting couples' stress associated with at-risk pregnancy and antenatal hospitalisation*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, QC.
- Pomerleau, A.,** Malcuit, G., Moreau, J., & Bouchard, C. (2005). *Contextes de vie, ressources et développement de jeunes enfants de milieux populaires montréalais*. Rapport de recherche

présenté au Ministère de l'emploi, de la solidarité sociale et de la famille, Université du Québec à Montréal.

Pomerleau, A., Malcuit, G., Séguin, R., Lamarre, G., Moreau, J., & Jéliu, G. (1998). Adolescent mothers' report of their nine-month-old infants' temperament: psychosocial variables, infants' neonatal characteristics, and psychomotor development. *Archives de Psychologie*, 66, 67-84.

Poudevigne, M.S., & O'Connor, P. J. (2006). A review of physical activity patterns in pregnant women and their relationship to psychological health. *Sports Medicine*, 36(1), 19-38.

Poulin, C., Lemoine, O., Poirier, L.-R., & Lambert, J. (2005). Validation study of a non specific psychological distress scale. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 40, 1019-1024.

Québec (1991). Code civil du Québec, Lois du Québec, chapitre 64.

Ramey, C.T., & Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53, 109-120.

René, J-F., & Gervais, L. (2001). Dossier : La dynamique partenariale : un état de la question. Les enjeux du partenariat aujourd'hui. *Nouvelles pratiques sociales*, 14(1), 20-30.

Řezanková, H. (2009). Cluster analysis and categorical data. *Statistika*, 3, 216-232.

Rickles, D., Hawe, P., & Sheill, A. (2007). A simple guide to chaos and complexity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 933-937.

Robinson, K.A., Dennison, C.R., Wayman, D.M., Pronovost, P.J., & Needham, D.M. (2007). Systematic review identifies number of strategies important for retaining study participants. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60, 757-765.

Romano, E., Zoccolillo, M., & Paquette, D. (2006). Histories of child maltreatment and psychiatric disorder in pregnant adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(3), 329-336.

Roye, C.F., & Balk, S.J. (1996). The relationship of partner support to outcomes for teenage mothers and their children: A review. *Journal of Adolescent Health*, 19, 86-93.

Santé Canada. (2000). *Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2000*. Ottawa : Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada.

Savoie-Zajc, L. (2010). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (5^e éd., pp. 337-360). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Sayer, A. (2000). *Realism and Social Science*. London: Sage.

Schultheis, F. (2003). Action sociale et domination. Dans V. Châtel & M.-H. Soulet (Éds), *Agir en situation de vulnérabilité* (pp. 157-166). Saint-Nicolas (Qc): Presses de l'Université Laval.

Shields, M., & Shoostari, S. (2001). Déterminants de l'autoévaluation de la santé. *Rapports sur la santé*, 13 (1), 39-63.

SmithBattle, L. (2000). The vulnerabilities of teenage mothers: Challenging prevailing assumptions. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 29-40.

SmithBattle, L. (2007). «I Wanna Have a Good Future». Ten mothers' rise in educational aspirations, competing demands, and limited school support. *Youth & Society*, 38(3), 348-371.

Soulet, M.-H. (2003). Faire face et s'en sortir. Vers une théorie de l'agir faible. Dans V. Châtel & M.-H. Soulet (Éds), *Agir en situation de vulnérabilité* (pp. 167-214). Saint-Nicolas (Qc): Presses de l'Université Laval.

Saint-Cyr Tribble, D., Gallagher, F., Paul, D., & Archambault, J. (2003). Les pratiques d'empowerment en première ligne. Compréhension et évaluation de l'efficacité des interventions

infirmières et psychosociales conduites auprès des parents. Rapport de recherche adressé au CQRS et au CRSH, Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement, CLSC Sherbrooke.

Shonkoff, J.P., & Meisels, S. J. (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Shonkoff, J.P., & Philips, D. (Eds.). (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington, DC: National Academies Press.

Statistiques Canada. (1995). *Enquête longitudinale nationale sur les enfants - Cycle 1*. Matériel d'enquête pour la collecte de données 1994-1995. Ottawa.

Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, 282-298.

Tarabulsy, G.M., Provost, M. A., Drapeau, S., & Rochette, É. (Éd.). (2009). *L'évaluation psychosociale auprès des familles vulnérables*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Tashakkori, A., & **Teddlie, C.** (Eds.). (2003). *Handbook of mixed methods in social and behavioural research*. Thousand Oaks: Sage.

Tesch, R. (1990). *Qualitative research: analysis types and software tools*. New York: Falmer Press.

Théolis, M., & Brunson, L. (2010). Évaluation des impacts des Initiatives 1,2,3, Go! Dans M. Théolis, N., Bigras, M. Desrochers, L., Brunson, M. Régis, & P. Prévost. *Le projet 1,2,3 Go! Place au dialogue. Quinze ans de mobilisation autour des tout-petits et de leur famille* (pp. 89-132). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Thurston, W. E., & Potvin, L. (2003). Evaluability assessment: A tool for incorporating evaluation in social change programmes. *Evaluation*, 9(4), 453-469.

U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *Building Their Futures: How Early Head Start Program are Enhancing the Lives of Infants and Toddlers in Low Income Families. Summary Report*. Washington D.C.: Commissioner's Office of Research and Evaluation, Head Start Bureau.

Disponible sur le site: <http://www.mathematica-mpr.com/publications/PDFs/buildsumm.pdf>.

Wholey, J.S. (2004). Evaluability assessment. In J.S. Wholey, H.P. Hatry, & K.E. Newcomer (Eds.) *Handbook of practical program evaluation* (pp.33-62). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Zhao, Q., Hautamaki, V., & Fränti, P. (2008). Knee Point Detection in BIC for Detecting the Number of Clusters. *Advanced Concepts for Intelligent Vision Systems. Lecture Notes in Computer Science*, 5259, 664-673.

