



**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 3

**MODÉLISATION DE CIBLES D'ACTION DU PSJP:
LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS ET
LES PARCOURS DE VIE DES JEUNES PARENTS**

Sylvie Gendron
Jacques Moreau
Gilles Dupuis
Jacinthe Lachance-Fiola
Carole Clavier

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
École de service social, Université de Montréal
Département de psychologie, Université du Québec à Montréal
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Chaire Approches communautaires et inégalités de santé,
Faculté de médecine, Université de Montréal (affiliation au moment de
la recherche)

2014

Cette recherche est financée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Pour le présent rapport, le Vice-rectorat à la recherche, à la création et à l'innovation de l'Université de Montréal et le Centre de recherche du CHU Sainte-Justine ont apporté un financement complémentaire.

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: 978-2-922662-25-2

Équipe de recherche

Analyse et rédaction

Sylvie Gendron Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Jacques Moreau École de service social, Université de Montréal
Gilles Dupuis Département de psychologie, Université du Québec à Montréal
Jacinthe Lachance-Fiola Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Carole Clavier Chaire Approches communautaires et inégalités de santé, Faculté de médecine, Université de Montréal (affiliation au moment de la recherche)

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.

Ce rapport est complémentaire à deux autres rapports produits:

Rapport 1:

Gendron, S., Dupuis, G., Moreau, J., Lachance-Fiola, J., Dupuis, F. (2013). *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: Axe Accompagnement des familles*. Rapport de recherche adressé au MSSS, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Rapport 2:

Clavier, C., Gendron, S., Potvin, L., & Moreau, J. (2013). *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 2. Évaluation de l'actualisation du PSJP: Axe Création d'environnements favorables*. Rapport de recherche adressé au MSSS, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.



RÉSUMÉ

**Le développement des enfants et le parcours de vie des jeunes parents accompagnés par les intervenants 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 dernier de trois rapports porte spécifiquement sur les objectifs 2 et 3. L'attention est portée sur des cibles d'action de l'intervention PSJP qui ont pu être documentées par l'évaluation durant une période d'actualisation du programme s'échelonnant sur quatre années (2006-2010) auprès de familles dont les enfants sont nés entre 2006 et 2009. Il offre des réponses aux **questions** suivantes:

- 1) Quelles sont les issues de grossesse des jeunes femmes accompagnées par des intervenantes privilégiées du PSJP ?
- 2) Quel est le portrait du développement des enfants à 17 mois?
- 3) Qu'est-ce qui caractérise le parcours de vie des jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant?

- 4) Quelles sont des conditions qui influencent l'atteinte des principales cibles d'action du PSJP en ce qui a trait au développement des enfants et aux parcours de vie des jeunes parents?

La collecte de données s'est déroulée de 2006 à 2011, dans 18 CSSS auprès des équipes SIPPE de sept 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 quatre rencontres auprès des mères, des pères et des bébés, durant la grossesse et à 5 et 17 mois. De plus, 240 intervenants et gestionnaires ont participé à des enquêtes ou à des entretiens.

Les résultats de ce rapport d'*Évaluation du PSJP* témoignent d'une situation favorable, dans l'ensemble, en ce qui a trait aux issues de grossesse, à la croissance des bébés, ainsi qu'au développement cognitif-langagier, moteur et socio-affectif des enfants à 17 mois. Toutefois, **certaines dimensions du programme pourraient davantage être appuyées et consolidées pour favoriser le développement optimal des enfants de jeunes mères de moins de 20 ans et accompagner les jeunes parents dans leurs parcours de vie.** La conjonction des conditions de vulnérabilité sociale des familles, de l'intervention d'accompagnement réalisée par les intervenantes privilégiées et du contexte de déploiement du programme suggèrent, sans conteste, que le développement cognitif-langagier et moteur des enfants rencontrés via le PSJP pourrait s'avérer moins favorable durant leurs années préscolaires et subséquentes.

En particulier, cette recherche évaluative indique que:

- **certaines trajectoires** de la réalité de vulnérabilité sociale des familles (*celles qui cumulent davantage de conditions de vulnérabilité sociale au début de la grossesse*) et du parcours de vie des jeunes femmes durant la deuxième année de leur enfant (*celles dont la principale source de revenu demeure l'État*) sont significativement associées à un **potentiel de développement non-optimal des enfants à 17 mois**;
- ces trajectoires renvoient à des conditions qui influencent la disponibilité des parents et **la qualité de l'interaction parent-enfant**;
- l'intervention d'accompagnement, en CSSS, est marquée par une **diminution plus précoce de l'intensité d'intervention** auprès de familles qui cumulent davantage de conditions de vulnérabilité sociale; et que
- **moins de 40% des familles demeurent en contact** avec des intervenantes privilégiées du PSJP après que le bébé ait atteint l'âge de 18 mois.

Par ailleurs, une modélisation proposée au terme de cette recherche évaluative pose l'**enjeu** de la part relative des ressources à dédier à l'intervention directe et individualisée auprès des parents et de leurs enfants à travers la poursuite des axes de l'AF en CSSS et de la CEF dans le réseau local de services (RLS).

À cet effet, il s'avère qu'**une moins grande priorité de financement accordée à l'axe AF est associée à trois conditions**, soit :

- une intensité moins élevée d'accompagnement privilégié auprès des familles, en CSSS, durant les 18 premiers mois de vie de l'enfant;
- un potentiel plus élevé de développement cognitif-langagier ou moteur non-optimal détecté parmi les enfants dès l'âge de 17 mois; et
- l'instauration de deux trajectoires complémentaires de la CEF qui s'inscrivent dans la perspective du modèle écologique retenu par les promoteurs des SIPPE, selon les principes de l'intervention précoce en situation de vulnérabilité sociale: l'une met l'accent sur des processus de décroisement favorables à de l'action intersectorielle pour agir sur les conditions de vie des familles, tandis que l'autre vise plutôt la (re)production de projets qui s'inscrivent dans la continuité de l'axe AF du PSJP afin de fournir des biens et des services directement aux familles.

Néanmoins, ces deux trajectoires de la CEF demeuraient peu formalisées ou en cours d'expérimentation au moment de cette évaluation de programme, comme l'était la collaboration entre les ressources du RLS et les équipes du PSJP. En conséquence, dans la mesure où les familles et intervenantes privilégiées du PSJP sont moins en contact après que l'enfant ait atteint l'âge de 18 mois, il serait prématuré de conclure qu'il importe d'accorder d'emblée la priorité de financement à l'axe AF du programme sans avoir établi la véritable portée des pratiques émergentes de collaboration entre les équipes du PSJP et les ressources du RLS au regard du développement des enfants.

À terme, **5 pistes de réflexion** sont formulées, principalement à l'intention d'instances ministérielles, régionales et locales concernées par l'optimisation du PSJP, en appui aux deux axes du programme. À la lumière de cette recherche évaluative, l'*Accompagnement des familles* et la *Création d'environnements favorables* demeurent justifiés, notamment dans la mesure où ils pourront favoriser la mise en œuvre d'actions directes en soutien à des dynamiques d'interaction entre les jeunes parents et leurs enfants qui soient favorables au développement optimal de ce dernier. Un investissement soutenu dans le bagage d'expérience des acteurs du PSJP demeure donc essentiel pour la poursuite de cet important programme d'intervention précoce au Québec. Il s'agit autant d'une question économique liée à la productivité de notre société que d'un impératif fondamental de justice sociale.



L'optimisation du Programme de Soutien aux jeunes parents pour favoriser l'atteinte des cibles d'action auprès des enfants et des jeunes mères

Pistes de réflexion pour l'action

Pistes de réflexion pour l'action	Pour qui ?
<p>La pratique d'accompagnement privilégiée en CSSS: instauration de mécanismes de formation continue en appui à la pratique d'intervention privilégiée favorable à l'interaction parent-enfant</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ intervenants locaux des CSSS ✓ intervenants régionaux des Directions de santé publique qui appuient les SIPPE ✓ instances concernées du MSSS
<p>La pratique d'accompagnement privilégiée en CSSS: identification de critères à partir desquels évaluer la vulnérabilité sociale des familles</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ instances concernées du MSSS ✓ intervenants régionaux des Directions de santé publique qui appuient les SIPPE
<p>La pratique d'accompagnement privilégiée à l'intersection du RLS et du CSSS: instauration de mécanismes pour soutenir l'appropriation de l'axe CEF selon ses deux visées – un filet de sécurité sociale et le décloisonnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ instances concernées du MSSS ✓ intervenants régionaux des Directions de santé publique qui appuient les SIPPE ✓ acteurs locaux des CSSS et des comités CEF ✓ acteurs de CPE ou d'autres ressources locales fréquentées par les jeunes parents avec leurs enfants
<p>L'appui au PSJP: instauration d'un dispositif d'évaluation de l'atteinte des cibles d'action du PSJP à moyen-long-terme</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ instances concernées du MSSS, du MELs, et du MFA ✓ intervenants régionaux des Directions de santé publique qui appuient les SIPPE, des commissions scolaires et des regroupements des centres de la petite enfance
<p>L'appui au PSJP: optimisation <i>in situ</i> du programme</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ acteurs locaux des CSSS et des comités CEF ✓ instances concernées du MSSS ✓ intervenants régionaux des Directions de santé publique qui appuient les SIPPE ✓ jeunes parents ✓ chercheurs équipe d'évaluation PSJP



RAPPORT DE RECHERCHE

MODÉLISATION DE CIBLES D'ACTION DU PSJP: LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS ET LES PARCOURS DE VIE DES JEUNES PARENTS

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AD	Aire de diffusion
AF	Accompagnement des familles
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
ÉLDEQ	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec
ET	Écart-type
GED	Grille d'évaluation du développement des enfants
IC	Intervalle de confiance
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ISQ	Institut de la statistique du Québec
IMC	Indice de masse corporelle
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MCC	Mécanismes – contexte – changements
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MFA	Ministère de la Famille
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NÉ-GS	Programme Naître égaux – Grandir en santé
OLO	Programme œuf – lait – jus d'orange
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OR	Odds Ratio (rapport de cotes)
PSJP	Programme de Soutien aux jeunes parents
RLS	Réseau local de services
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	xi
TABLE DES MATIÈRES	xii
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.....	4
2. PISTES DE RÉFLEXION POUR L'ACTION FONDÉES SUR LES RÉSULTATS	5
3. MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS	10
3.1 Méthode: les cibles d'action du PSJP.....	11
3.2 Issues de grossesse des jeunes femmes accompagnées par des intervenantes privilégiées du PSJP	11
3.3 Portrait du développement des enfants à 17 mois et conditions associées	13
3.4 Parcours de vie des jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant et conditions associées	17
4. MODÉLISATION DE CONDITIONS D'INFLUENCE POUR L'ATTEINTE DES PRINCIPALES CIBLES D'ACTION DU PSJP: LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS ET LE PARCOURS DE VIE DES JEUNES PARENTS	20
5. CONCLUSION.....	24
PRINCIPALES RÉFÉRENCES	25

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, Brodeur 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 locales mobilisant des intervenants de divers secteurs d'activité, qu'ils soient d'instances locales, régionales ou nationales. Il est question d'agir sur les déterminants de la santé des familles, lesquels comportent tant l'accès à des services que l'instauration de ressources et de conditions sociales favorables à la santé, tels un logement et un environnement social sécuritaire. Concrètement, des *Comités CEF* soutenues par des organisatrices communautaires des CSSS et incluant des représentants d'organismes communautaires mettent en action cet axe du programme dans chaque RLS. Il s'agit de développer des plans d'action et des initiatives locales à travers la mise en relation d'acteurs de différents secteurs en réponse aux besoins et réalités du milieu. 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

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 2 axes d'intervention AF et CEF;
- 2) Documenter des changements associés au programme; et
- 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 correspond à la Partie 3 des résultats de l'évaluation en ce qui a trait aux cibles d'action de l'intervention qui ont pu être documentés auprès des familles.

Les questions d'évaluation sont les suivantes:

Question 1. Quelles sont les issues de grossesse des jeunes femmes accompagnées par des intervenantes privilégiées du PSJP ?

Question 2. Quel est le portrait du développement des enfants à 17 mois ?

Question 3. Qu'est-ce qui caractérise le parcours de vie des jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant?

Question 4. Quelles sont des conditions associées à l'atteinte des principales cibles d'action du PSJP en ce qui a trait au développement des enfants et aux parcours de vie des jeunes parents?

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; Donnadiou & 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.**

Pour cette recherche évaluative, les mécanismes et conditions ont été abordées dans les Rapports 1 et 2; tandis que les *changements* font l'objet de ce rapport. Ce dernier terme renvoie spécifiquement à des cibles d'action du programme au regard du développement optimal des enfants et de dimensions du projet de vie des parents pour lesquels des données fiables étaient disponibles (cf. **ANNEXE A**). Il importe toutefois de préciser que les changements documentés sont circonscrits sur une période relativement courte dans la vie de ces familles. Néanmoins, il est possible de discerner des tendances qui méritent d'être soulignées.

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 (ou 14 des 19 équipes). Les trois régions additionnelles ont servi à compléter une cohorte de familles. Une synthèse des méthodes employées pour cette recherche évaluative est présentée à l'**ANNEXE H.1**. Le lecteur pourra référer aux Rapports 1 et 2 de l'*Évaluation du PSJP* pour de plus amples détails.

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

Les résultats de l'actualisation du PSJP, selon ses deux axes *Accompagnement des familles* (Rapport 1) et *Création d'environnements favorables* (Rapport 2) appuient la poursuite de ce programme. Ce dernier rapport de l'*Évaluation du PSJP* indique toutefois que certaines dimensions de l'intervention, de la grossesse à 18 mois de vie des tout-petits, pourraient davantage être consolidées pour favoriser le développement optimal des enfants de jeunes mères de moins de 20 ans et soutenir les jeunes parents dans leurs parcours de vie. Partant de pistes déjà énoncées dans les rapports précédents, 5 pistes de réflexion complémentaires sont formulées. Elles sont destinées aux instances ministérielles, régionales et locales concernées par l'optimisation de ce programme et elles s'inscrivent dans la perspective du modèle écologique retenu par les promoteurs des SIPPE (MSSS, 2004a), à l'insigne de principes de l'intervention précoce en situation de vulnérabilité sociale (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Ces pistes de réflexion prennent appui sur des observations critiques au regard du soutien aux *capacités* des intervenantes privilégiées, de la *collaboration* entre les équipes SIPPE et les ressources du RLS et de l'*attrition* des familles dans le PSJP. À cet égard, au moment de cette recherche évaluative, plus de 60% des [familles – intervenantes privilégiées] n'avaient plus de contacts après que l'enfant avait atteint l'âge de 18 mois. Par ailleurs, la réflexion proposée, à partir d'une modélisation systémique de l'interrelation entre l'intensité de l'intervention d'accompagnement privilégié, les réalités de vulnérabilité sociale des familles et des conditions contextuelles qui modulent ce programme, devrait permettre d'élaborer l'enjeu de la part relative des ressources à dédier à la poursuite des axes de l'*Accompagnement des familles* en CSSS et de la *Création d'environnements favorables* dans le RLS.

1^{re} piste de réflexion en appui à la pratique d'accompagnement privilégié en CSSS: l'instauration de mécanismes de formation continue en soutien à la pratique des intervenantes privilégiées

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 en ce qui a trait à des dimensions centrales de l'intervention d'accompagnement privilégié tels le développement de l'enfant, le renforcement de compétences parentales et l'insertion socioprofessionnelle des jeunes parents (cf. Rapport 1);
- le PSJP offre un potentiel inestimable et clairement documenté, du moins durant la grossesse et la première année de vie du bébé, pour le développement d'un lien signifiant entre des jeunes parents et des professionnelles d'expérience (cf. Rapport 1), lequel facilite une intervention directe auprès des parents avec leurs enfants;
- 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 très importante des jeunes parents durant leur enfance ou leur adolescence (cf. Rapport 1);
- un environnement familial qui présente des conditions de défavorisation altère la disponibilité des parents à l'enfant et voit sa capacité de médiation des stimulations fonctionnelles nécessaires au développement de l'enfant réduite (Pomerleau & Malcuit, 1983), ce qui peut accroître la probabilité d'apparition de retards plus ou moins importants dans les différentes sphères de développement de l'enfant (Boivin & Hertzman, 2012; Duncan & Brooks-Gunn, 2000; Klebanov, Brooks-Gunn, McCarton, & McCormick, 1998; McLoyd, 1998; Osofsky & Thompson 2000);
- une histoire maternelle de maltraitance est reconnue comme étant un puissant marqueur de ressources personnelles limitées et d'habiletés parentales plus ou moins fonctionnelles (Boivin & Hertzman, 2012; Massé, 1992; Meade, Kershaw, & Ickovics, 2008; Moreau et al., 2001);
- le potentiel de développement *non-optimal* des enfants de la cohorte du PSJP à 17 mois, aux niveaux cognitif-langagier et moteur, apparaît vraisemblablement associé à des conditions de vulnérabilité sociale qui ont une incidence sur l'interaction parent-enfant, y incluant la défavorisation matérielle et une histoire maternelle de négligence physique;
- des stratégies de lecture interactive (ou dialogique) qui favorisent la création d'un espace d'interaction entre les parents et leur enfant, comme celles du *Programmes ALI* démontrées simples à réaliser avec peu de moyens (Malcuit, Pomerleau, & Séguin, 2003), constituent un moyen d'intervention précoce efficace au regard du développement cognitif et langagier de jeunes enfants de familles vivant en situation de vulnérabilité sociale (Arnold & Whitehurst, 1994; Verreault, 2005; Whitehurst & Lonigan, 1998, 2002; Whitehurst & Massetti, 2004);
- les projets de vie des parents n'apparaissent pas comme des objets d'intervention prioritaires du PSJP (cf. Rapport 1); et enfin, que

- les trajectoires différentes des parcours de vie des jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant comportent des combinaisons de conditions qui présentent un effet précoce plus ou moins optimal sur la qualité du développement de l'enfant;

Il serait opportun que des **intervenants locaux des CSSS**, 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** destinés aux équipes interprofessionnelles afin de renforcer la capacité d'intervention précoce *directement auprès des jeunes parents et leurs enfants* pour optimiser le développement cognitif-langagier et moteur des bébés, dès la naissance. Une attention marquée devrait être accordée tant à *l'intégration d'activités interactives* (notamment la lecture) qu'à l'évaluation clinique et l'intervention sensibles aux conditions qui pourraient influencer la qualité de *l'interaction parent-enfant* telles la disponibilité du parent, l'expérience de maltraitance de la mère ou la réalité de vulnérabilité sociale des jeunes parents. **Les organisations doivent appuyer les intervenantes privilégiées dans l'élaboration des pratiques d'accompagnement.**

2^e piste de réflexion en appui à la pratique d'accompagnement privilégié en CSSS: 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 (cf. Rapport 1);
- 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 de réfléchir et d'ajuster l'action, de manière plus systématique (cf. Rapport 1);
- 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 (cf. Rapport 1);
- l'attrition dans le programme apparaît plus tôt pour les familles qui semblent cumuler davantage de conditions de vulnérabilité sociale (cf. Rapport 1); et enfin, que
- la réalité de vulnérabilité sociale est associée au potentiel de développement non-optimal des enfants à 17 mois et, en partie du moins, aux trajectoires des parcours de vie des jeunes femmes qui auraient aussi une incidence sur le potentiel de développement non-optimal des enfants à 17 mois;

Tel que déjà indiqué dans le Rapport 1 de l'Évaluation du PSJP, il serait opportun que des **instances concernées du MSSS** et des **intervenants régionaux des Directions de santé publique** qui appuient les SIPPE identifient des **critères à partir desquels évaluer la vulnérabilité sociale des familles** dès l'amorce de l'intervention d'accompagnement, afin d'appuyer le raisonnement clinique des intervenantes et ajuster les paramètres de l'intervention aux particularités des clientèles, par exemple en termes d'intensité, de durée et d'acteurs à envisager dans l'accompagnement individualisé. 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.

3^e piste de réflexion en appui à la pratique et au déploiement de l'axe *Création d'environnements favorables* du PSJP: **instauration de mécanismes pour soutenir l'appropriation de l'axe CEF selon ses deux visées soit, le *filet de sécurité* et le *décloisonnement***

Considérant que¹:

- une moins grande priorité accordée au financement de l'axe AF du programme s'avère associée à un potentiel de développement *non-optimal* des enfants à 17 mois – ainsi qu'au déploiement d'une moins grande intensité d'accompagnement privilégié auprès des familles (cf. Rapport 1), laquelle *n'est pas* directement associée aux mesures du développement de l'enfant à 17 mois;
- la moins grande priorité de financement accordée à l'axe AF (< 70% du budget PSJP/SIPPE) laisse place à l'émergence d'une trajectoire de *décloisonnement* de la CEF qui comporte un potentiel plus élevé pour l'instauration de nouveaux processus de coopération avec une diversité d'acteurs, en complémentarité à une trajectoire de CEF (le *filet de sécurité*) qui met l'accent sur la continuité d'offre de ressources et de services directement aux parents et leurs enfants dans le RLS (cf. Rapport 2);
- la coopération entre des instances institutionnelles et communautaires peut renforcer la capacité d'intervention de ces ressources et faciliter l'accessibilité de services aux familles vivant en situation de vulnérabilité sociale, (Caillouette, Garon, Dallaire, Boyer, & Ellyson, 2009; Savard, Turcotte, & Beaudoin, 2003; Théolis et al., 2010) tout en favorisant la combinaison simultanée de diverses approches, ce qui renvoie à un des principes d'action

¹ À titre de rappel, deux trajectoires d'appropriation de la CEF ont été documentées via cette recherche évaluative (cf. Rapport 2). Celle du *filet de sécurité* comporte la (re)production de projets qui s'inscrivent dans la continuité de l'axe AF du PSJP pour fournir des biens et des services directement aux familles vivant en situation de vulnérabilité sociale. Celle du *décloisonnement* correspond à une trajectoire à travers laquelle des intervenants des organisations offrant des ressources en Enfance Famille visent à influencer et à mobiliser des acteurs d'autres institutions et organismes communautaires qui ont en main des leviers pour l'amélioration des conditions de vie des enfants et leurs familles, comme par exemple le logement, le transport ou l'emploi. Autrement dit, cette trajectoire d'appropriation de la CEF consiste à établir des liens avec divers acteurs et ainsi à *décloisonner l'intervention* en faveur des familles vulnérables. Elle représente un potentiel plus élevé pour l'action intersectorielle visée par la CEF.

de l'intervention précoce (Moreau & El Hachem, 2012; Tarabulsy, Provost, Drapeau, & Rochette, 2009);

- les pratiques de la CEF demeuraient en émergence et la collaboration en voie de réalisation, à divers degrés, entre les ressources du RLS et les équipes PSJP/SIPPE au moment de cette recherche évaluative; et enfin, que
- **moins de 40% des familles demeurent en contact avec des intervenantes privilégiées, en CSSS, après que le bébé ait atteint l'âge de 18 mois** (cf. Rapport 1);

Après la première année de vie des enfants, il serait prématuré d'accorder d'emblée la priorité du financement PSJP à l'axe AF du programme sans avoir soutenu les pratiques émergentes de CEF et de collaboration afin d'en établir la véritable portée. Ceci n'exclut pas pour autant le renforcement de l'axe AF du programme, qu'il s'agisse d'intervention directe et individualisée auprès des parents et de leurs enfants dans les CSSS *ou* dans les ressources partenaires du RLS. À cet effet, il serait opportun que des **instances concernées du MSSS**, des **intervenants régionaux des Directions de santé publique (DSP)** qui appuient les SIPPE et des **acteurs locaux des CSSS et des comités CEF, y incluant des acteurs de centres de la petite enfance ou d'autres ressources que fréquentent les jeunes parents avec leurs enfants dans les localités respectives**, considèrent avec attention les 5 pistes de réflexion formulées dans le Rapport 2 de l'*Évaluation du PSJP* pour appuyer et documenter le déploiement des deux trajectoires de la CEF.

4^e piste de réflexion en appui au PSJP: l'instauration d'un dispositif d'évaluation de l'atteinte des cibles d'action du PSJP à moyen-long terme

Considérant que:

- à 17 mois, les indicateurs de développement des bébés de la cohorte de l'*Évaluation du PSJP* témoignent d'une situation favorable dans l'ensemble, voire comparable à d'autres données canadiennes ou québécoises pertinentes en termes de croissance ou de développement cognitif-langagier, moteur ou socio-affectif;
- les jeunes parents et leurs enfants vivent dans des conditions qui comportent, néanmoins, un potentiel élevé de vulnérabilité sociale qui, s'il perdure, peut avoir une incidence sur le déclin développemental de l'enfant (Boivin & Hertzman, 2012; Julien, 1995; Ramey & Ramey, 1998; Shonkoff & Meisels, 2000);
- la capacité de détection des effets de l'environnement de vie sur le développement de l'enfant s'accroît à partir de l'âge de 20 mois environ (Ramey & Ramey, 1998; Vézina, 2005);
- moins de 40% des familles demeurent en contact avec des intervenantes privilégiées du PSJP après que le bébé ait atteint l'âge de 18 mois (cf. Rapport 1); et enfin, que
- certains mécanismes ne peuvent vraisemblablement être décelables à court terme, ce qui limite la portée des résultats de cette recherche évaluative au regard du développement des enfants;

Il serait opportun que des **instances concernées du MSSS, du MELs et du MFA**, ainsi que des **intervenants régionaux des DSP** qui appuient les SIPPE, **des commissions scolaires et des regroupements des centres de la petite enfance**, identifient des dispositifs qui permettraient de rejoindre des familles ayant été exposées au PSJP, lorsque l'enfant sera plus âgé, afin d'estimer la portée de l'accompagnement réalisé sur le développement des enfants.

5^e piste de réflexion en appui au PSJP: l'optimisation, *in situ*, du programme

Considérant que:

- c'est la *combinaison* de conditions inter-reliées qui interviennent dans l'atteinte des cibles d'action du PSJP, notamment les réalités de vulnérabilité sociale des familles, les pratiques des acteurs locaux et le contexte organisationnel et régional du déploiement du PSJP;
- la modélisation produite au terme de cette évaluation pose l'enjeu de la part relative des ressources à dédier à l'intervention directe et individualisée auprès des parents et de leurs enfants à travers la poursuite des axes de l'AF en CSSS et de la CEF dans le RLS;
- la modélisation constitue, pour ses usagers-modélisateurs, un support au dialogue et à la réflexion sur la pratique, ainsi qu'un scénario permettant la confrontation et la mise à l'épreuve de savoirs expérientiels et empiriques (Allard, Bilodeau, & Gendron, 2008; Le Moigne, 1999);
- la complexité des systèmes d'action ne peut se réfléchir en vase clos, en dehors de la pratique et de ses acteurs (Bilodeau, Allard, Gendron, & Potvin, 2006; Potvin, Bilodeau, & Gendron, 2012); et enfin, que
- les comités d'orientation régionaux mis en place pour accompagner une partie de la réalisation de l'*Évaluation du PSJP* (**ANNEXE B**) ont été enrichis par la contribution de jeunes parents qui ont été accompagnés pour y participer, dans l'esprit des principes du programme qui vise à renforcer le pouvoir d'agir des familles afin qu'ils puissent devenir des acteurs de changement dans la communauté (MSSS, 2004a);

Il serait opportun qu'un espace de dialogue soit instauré entre des **acteurs locaux des CSSS et des comités CEF**, des **instances concernées du MSSS**, ainsi que des **intervenants régionaux des DSP** qui appuient les SIPPE, en collaboration avec des **chercheurs de l'équipe d'Évaluation du PSJP** et des **jeunes parents** en prenant appui sur la modélisation proposée afin d'affiner la compréhension des mécanismes à l'œuvre et de discuter de l'enjeu de la part relative des ressources à attribuer aux axes de l'AF et de la CEF afin de contribuer aux démarches d'optimisation des SIPPE déjà amorcées depuis 2010.

3. MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS

La section suivante présente l'essentiel des deux méthodes de collecte de données à partir desquelles les cibles d'action sont examinées pour cette composante de l'*Évaluation du PSJP*. Par la suite, les sections 3.2 à 3.4 présentent les principaux éléments relatifs au traitement statistique des données, des précisions quant à la portée des résultats, les principaux constats,

ainsi que des réponses formulées au regard des questions de recherche. Le détail de ces différentes composantes de l'évaluation est présenté aux annexes auxquels il est possible d'accéder via des hyperliens introduits dans ce rapport en sélectionnant les rubriques «**ANNEXE**» figurant en rouge.

3.1 Méthode: les cibles d'action du PSJP

Les cibles d'action du PSJP auprès des enfants et leurs parents ont été examinées à l'aide de deux méthodes soit, l'instauration d'une cohorte comportant un suivi longitudinal de familles (jeunes/parents et leurs enfants) et l'analyse documentaire de leurs dossiers cliniques en CSSS. L'**ANNEXE C** présente le détail de ces deux méthodes.

La cohorte 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: près du moment de l'inscription au programme; durant les dernières semaines précédant l'accouchement; et à 5 et 17 mois de vie du bébé. Pour les besoins de ce rapport, les données proviennent des quatre temps de mesure. Parallèlement, l'analyse documentaire des dossiers cliniques des 451 familles a permis de documenter plus de 34,000 contacts réalisés par des intervenantes privilégiées 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 et le type de contacts, ainsi que la durée d'exposition, ont été développées pour produire des indices d'intensité, lesquels traduisent le «dosage» de l'intervention, par famille, par équipe et par région. Un indice de «1» suggère que l'intensité visée par le programme est atteinte. Bien qu'il s'agisse d'indices conservateurs, dans la mesure où il peut y avoir sous-estimation de certaines dimensions de l'accompagnement qui ne sont pas documentées systématiquement, il s'agit d'indicateurs signifiants de la trajectoire de l'intervention d'accompagnement des familles (cf. Rapport 1).

Il est à noter que la transférabilité des résultats serait circonscrite à une population relativement homogène, soit des jeunes parents majoritairement nés au Québec, s'identifiant comme francophones. Néanmoins, il s'agit de familles vivant différentes réalités de vulnérabilité sociale. À cet égard, il est peu probable que les mécanismes de recrutement déployés pour la constitution de cette cohorte, qui reposaient sur l'apport des intervenantes privilégiées pour permettre notre accès aux familles, aient introduit un biais de sélection notable qui favorise les familles jugées moins en difficulté et donc plus réceptives à la recherche.

3.2 Issues de grossesse des jeunes femmes accompagnées par des intervenantes privilégiées du PSJP

Tel que précisé à l'**ANNEXE D**, trois issues de grossesse font l'objet de ce rapport soit, la durée de la gestation, le type d'accouchement et le poids du bébé à la naissance. Il s'agit de données auto-rapportées par la mère à la naissance du bébé et lors des deux rencontres de collecte de données postnatales. Des valeurs moyennes ont été produites pour la cohorte puis comparées

selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles au moyen de tests de type ANOVA pour les variables «durée de gestation» et «poids du bébé»; et à l'aide de Khi-deux de Pearson pour la variable «type d'accouchement. Ces issues de grossesse ont également été examinées à la lumière d'autres données canadiennes et québécoises disponibles; tandis que les courbes de croissance de l'OMS adaptées pour le Canada (Dieticians of Canada, Canadian Paediatric Society, The College of Family Physicians of Canada, & Community Health Nurses of Canada, 2010) ont servi de référence pour interpréter les mesures de poids moyen selon le sexe de l'enfant. Les informations relatives au poids du bébé doivent cependant être considérées avec précaution puisqu'elles sont disponibles pour un maximum de 52% des bébés à la naissance, à 4-5 mois ou à environ un an. Une collecte de données basée sur le carnet de santé de l'enfant lors de visites à domicile effectuées par des agentes de recherche ne s'est donc pas avérée plus fiable, pour cette information, que le recours aux dossiers cliniques des familles². À tout le moins, il n'y a pas de différences statistiquement significatives quant aux taux de données manquantes relatifs au poids des bébés selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles.

Constats

1. Le nombre moyen de semaines de gestation est de 39, tandis que 8,3% des naissances (34/412) sont prématurées, c'est-à-dire d'une durée de moins de 37 semaines de gestation. La proportion de naissances prématurées parmi les jeunes mères du PSJP est comparable aux taux canadiens disponibles pour les mères de moins de 20 ans durant la période pendant laquelle ces données ont été recueillies pour cette évaluation (2006-2009) (ICIS, 2011), ainsi qu'aux données québécoises provenant de mères vivant en contexte de défavorisation (Boyer et al., 2001; Desrosiers, Simard, Dumitru, Tétreault, & Cardin, 2012). Par ailleurs, il s'agit toutes de naissances simples, y incluant 13,2% d'accouchements par césarienne (47/357). Ce dernier taux est légèrement moins élevée que celui rapporté par l'ICIS pour les mères canadiennes âgées de moins de 20 ans. Ceci pourrait être le reflet de la clientèle accompagnée par le PSJP, étant donné que les grossesses à risque élevé sont plutôt prises en charge par des services spécialisés de deuxième ligne.
2. Considérant les données disponibles, le taux de bébés de petits poids à la naissance (< 2500 g) établi à 4,2 % pour la cohorte de l'*Évaluation du PSJP* apparaît faible. Il s'agit d'un taux significativement plus petit que celui rapporté (11,9%) pour les mères canadiennes de moins de 20 ans entre 2006-2007 et 2008-2009 (ICIS, 2011); ou que le taux de 6,6% pour les mères québécoises de moins de 20 ans en 2010 (ISQ, 2012).
3. Lorsque le poids moyen des bébés de la cohorte de l'*Évaluation du PSJP* est interprété selon les courbes de croissance de l'OMS adaptées pour le Canada, les mesures se situent aux environs du 50^e percentile, ou à un percentile légèrement plus élevé, que ce soit à la naissance, à 4 ou 5 mois de vie du bébé ou entre 11 et 13 mois.

² Un examen préalable des dossiers cliniques, à l'amorce de cette recherche évaluative, avait motivé ce choix puisque ces dossiers n'étaient pas d'emblée complétés en temps opportun ou de manière uniforme.

4. Qu'il s'agisse de la durée de gestation, du type d'accouchement (césarienne ou par voie vaginale) ou du poids des filles ou des garçons à la naissance, à 4-5 mois ou à environ 1 an, il n'y a pas de différences significatives selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles.

En réponse aux questions d'évaluation:

- Considérant les informations disponibles, ainsi que notre examen de données canadiennes comparables où des services dédiés sont généralement accessibles aux jeunes femmes enceintes de moins de 20 ans, les résultats de cette composante de l'*Évaluation du PSJP* suggèrent que la croissance des bébés ne semble pas poser de défi particulièrement plus important qu'attendu, à la naissance et à court terme du moins, quelle que soit la réalité de vulnérabilité sociale des familles.
- Bien que le taux de naissances prématurées pour la cohorte du PSJP soit comparable aux données canadiennes, il demeure plus élevé de 0,5% que la cible de «moins de 7,8%» visée par les *Priorités nationales de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2008, p. 43).

3.3 Portrait du développement des enfants à 17 mois et conditions associées

Le développement des enfants est considéré selon ses dimensions cognitive-langagière, motrice et socio-affective à l'aide de la *Grille d'évaluation du développement des enfants* (GED) (Dupuis & Martel, 2006; Vézina, 2005). Il s'agit d'un outil de dépistage qui permet de vérifier si un enfant de 0 à 5 ans présente un retard dans l'une ou l'autre de ces dimensions. Pour les besoins de cette recherche évaluative, l'attention est portée sur la détection de changements entre deux temps de mesure complétés auprès de 262 enfants. Le maintien de scores GED dans la zone de confort *ou* une amélioration entre 5 et 17 mois, constitue un développement «satisfaisant»; tandis que le maintien de scores GED dans des zones de surveillance *ou* de référence *ou* une détérioration entre 5 et 17 mois renvoie à un développement «non-optimal». Des analyses statistiques comparatives ont été réalisées pour les mesures de score moyen du GED issues de la cohorte PSJP, ainsi que le pourcentage d'enfants présentant un potentiel de développement non-optimal, selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles. Ces résultats ont aussi été comparés avec ceux de l'étude québécoise de normalisation du GED (Mathieu, Dupuis, & Moreau, 2009). Afin de cerner des conditions associées au développement des enfants, les données recueillies aux différents temps de mesure et qui témoignent de conditions de vulnérabilité sociale des familles, de leur exposition à l'intervention d'accompagnement privilégié et de son contexte, ont été traitées selon des critères de pertinence théorique et statistique suivant un processus itératif d'analyses descriptives, bi variées (tests de Student, ANOVA, Khi-deux de Pearson, corrélations de Pearson) et multi variées (régressions logistiques). Une attention particulière est portée aux conditions associées au potentiel de développement *non-optimal* aux niveaux cognitif-langagier et moteur des enfants afin de se doter de repères pour renforcer l'intervention auprès des familles. Les scores concernant le développement socio-affectif des enfants de la cohorte du PSJP étant particulièrement élevés, en plus de démontrer peu de variabilité, il n'a pas été jugé pertinent de poursuivre des analyses à ce sujet. Enfin, il importe de souligner que l'apport biologique inhérent au développement

humain durant la première année de vie ne permet pas de déceler facilement les effets de l'environnement sur le développement de l'enfant. La capacité de détection de tels effets s'améliorant à partir de l'âge de 20 mois environ (Ramey & Ramey, 1998; Vézina, 2005), la portée des résultats doit donc être interprétée en tenant compte des conditions de vie des familles de la cohorte du PSJP, lesquelles comportent un potentiel important de vulnérabilité sociale. Les précisions concernant cette composante de l'*Évaluation du PSJP* sont présentées à l'**ANNEXE E**.

Constats

5. Tous les **scores moyens des mesures GED** des bébés de la cohorte de l'*Évaluation du PSJP* suggèrent la *zone de confort* en ce qui a trait au développement cognitif-langagier, moteur et socio-affectif à 5 et 17 mois. Lorsque ces scores, ainsi que le **pourcentage** d'enfants **présentant un potentiel de développement non-optimal** sont comparés avec ceux de l'étude québécoise de normalisation aux plans cognitif-langagier, moteur ou socio-affectif, que ce soit à 5 ou 17 mois, les différences sont négligeables même si les conditions de vie des familles de la cohorte du PSJP sont moins favorables.
6. Néanmoins, à environ 17 mois, au moins un bébé sur 5 de la cohorte de l'*Évaluation du PSJP* serait en retard potentiel de développement cognitif-langagier (21,5%); au moins un sur 10 au niveau moteur (11,5%); et au moins un sur 20 au niveau socio-affectif (5,3%).
7. Les mesures d'**intensité de l'intervention d'accompagnement déployée auprès des familles** *ne sont pas associées* aux cibles d'action du PSJP que sont le développement cognitif-langagier et moteur d'enfants âgés de 17 mois: ni un contact plus prolongé avec le programme (jusqu'à la période 19-24 mois), ni l'intensité des visites à domicile *ou* l'intensité de l'intervention individualisée d'accompagnement privilégiée qui comporte des contacts en personne (quel que soit le lieu ou au téléphone), qu'importe la période examinée durant les 18 premiers mois de vie du bébé, permettent de distinguer les familles dont les enfants présentent un potentiel de développement non-optimal de celles dont les enfants présentent un développement satisfaisant aux niveaux cognitif-langagier ou moteur à 17 mois.
8. Toutefois, l'indicateur qui témoigne du **contexte de l'intervention** d'accompagnement PSJP *est associé* aux mesures GED du développement des enfants aux niveaux cognitif-langagier et moteur à 17 mois: avoir été exposé à l'intervention PSJP dans un CSSS qui attribuait *moins de 70%* du budget alloué à ce programme à l'axe AF, en 2006, est significativement associé à une proportion plus importante d'enfants présentant un potentiel de développement cognitif-langagier non-optimal ainsi qu'un potentiel de développement moteur non-optimal. Cet indicateur de type écologique est d'ailleurs significativement associé aux indices d'intensité d'accompagnement privilégié auprès des familles de la cohorte de l'*Évaluation du PSJP* (cf. Rapport 1): plus la part du budget alloué à l'axe AF du programme est importante ($\geq 70\%$), plus les indices d'intensité de l'intervention individualisée sont élevés, jusqu'à 18 mois de vie du bébé; et *vice versa*.

9. Une **combinaison de conditions qui renvoient à des réalités de vulnérabilité sociale des familles et au contexte de l'intervention** est associée aux indicateurs de développement cognitif-langagier et moteur des enfants à 17 mois.

10. En ce qui a trait au **développement cognitif-langagier des enfants à 17 mois**:

- a. Les enfants qui *ne sont pas exposés* à des adultes signifiants qui ont le temps de lire avec eux ont **2,8** fois plus de probabilités de se retrouver en situation potentielle de développement cognitif-langagier non-optimal, comparativement à ceux qui sont exposés à la lecture avec des adultes signifiants.
- b. Les enfants dont les familles sont exposées au PSJP dans un CSSS qui attribuait *moins de 70%* du budget du programme à l'accompagnement des familles, en 2006, ont **2,1** fois plus de probabilités de se retrouver en situation potentielle de développement cognitif-langagier non-optimal, comparativement aux enfants dont les familles sont exposées au PSJP dans un CSSS qui attribuait *70% ou plus* du budget du programme à l'accompagnement des familles, en 2006.
- c. Dans les familles du regroupement **R3**, soit *celles qui semblent cumuler davantage de conditions de vulnérabilité sociale avant ou au début de la grossesse* (cf. Rapport 1), le score moyen d'interaction parent-enfant dysfonctionnel selon la mesure de l'*Inventaire du stress parental* (Abidin, 1995) réalisée à 17 mois est significativement plus élevé lorsque les enfants présentent un potentiel de développement cognitif-langagier non-optimal, comparativement à ceux présentant un développement satisfaisant. De plus, s'ils vivent dans une famille de cette réalité de vulnérabilité sociale, et que la mère a vécu de la négligence physique (de niveau modéré ou plus) durant son enfance ou son adolescence, les enfants ont **4,2** fois plus de probabilités de présenter un potentiel de développement cognitif-langagier non-optimal comparativement aux enfants de ces familles (R3) dont les mères n'ont pas vécu cette forme de maltraitance. Ces probabilités ne sont pas significatives pour les enfants des familles des autres réalités de vulnérabilité sociale, que les mères aient vécues ou non une telle expérience de maltraitance.

11. En ce qui a trait au **développement moteur des enfants à 17 mois**:

- a. Les enfants qui vivent dans des familles dont la source principale de revenu de la mère est l'État (plutôt que d'autres sources de revenu) ont **3,5** fois plus de probabilités de se retrouver en situation potentielle de développement moteur non-optimal.

Toutefois, lorsque la principale source de revenu de la mère est l'État quand le bébé est âgé de 17 mois, l'effet potentiel sur le développement moteur de l'enfant est *différent* selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles: ce marqueur de défavorisation se fait davantage sentir pour les familles des regroupements **R2** (**10,8** fois plus de probabilités de présenter un potentiel de développement moteur non-optimal si la principale source de revenu de la mère est l'État, plutôt que d'autres sources de revenu) et **R1** (**5,8** fois plus de probabilités...); tandis qu'il n'accroît pas la probabilité d'un potentiel de développement moteur non-optimal parmi les enfants des familles du regroupement **R3**. Ces dernières sont déjà considérés comme présentant davantage de conditions de

vulnérabilité sociale que les autres familles; et la majorité indique d'emblée que leur principale source de revenu est l'État.

- d. Les enfants dont les familles sont exposées au PSJP dans un CSSS qui attribuait *moins* de 70% du budget du programme à l'accompagnement des familles, en 2006, ont **2,6** fois plus de probabilités de se retrouver en situation potentielle de développement moteur non-optimal, comparativement aux enfants dont les familles sont exposées au PSJP dans un CSSS qui attribuait *70% ou plus* du budget du programme à l'accompagnement des familles, en 2006.

Encore ici, l'effet potentiel sur le développement moteur de l'enfant est différent selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles lorsqu'elles sont exposées au PSJP dans un CSSS qui dédie *moins* de 70% du budget du programme à l'accompagnement des familles en 2006 (et donc une part plus importante du budget, de l'ordre de 40 à 50%, à l'axe CEF): ce marqueur du contexte de l'intervention se fait davantage sentir pour les familles des regroupements **R2 (6,9** fois plus de probabilités de présenter un potentiel de développement moteur non-optimal lorsque exposé au PSJP dans un CSSS qui attribuait < 70% du budget PSJP à l'axe AF en 2006) et **R3 (3,7** fois plus de probabilités...); tandis qu'il n'accroît pas le potentiel de développement moteur non-optimal parmi les enfants des familles du regroupement R1 qui sont considérés potentiellement moins vulnérables, notamment du point de vue des intervenants (cf. Rapport1).

En réponse aux questions d'évaluation:

- À 17 mois, les indicateurs de développement des bébés de la cohorte de l'*Évaluation du PSJP* témoignent d'une situation favorable, dans l'ensemble: les scores moyens se situent dans la zone de confort et ces enfants ne semblent pas davantage présenter de potentiel de développement non-optimal comparativement à d'autres enfants québécois ayant été soumis à la même mesure GED. Toutefois, étant donné des conditions de vie familiales comportant un potentiel élevé de vulnérabilité sociale, ainsi que la capacité accrue de détection des effets de l'environnement sur le développement de l'enfant à partir de l'âge de 20 mois environ (Ramey & Ramey, 1998; Vézina, 2005), il ne peut être exclu que la situation évolue autrement avec le temps.
- Bien que des mesures de l'intensité de l'intervention d'accompagnement déployé auprès des familles ne soient pas directement associées aux cibles d'action du PSJP que sont le développement cognitif-langagier et moteur des enfants âgés de 17 mois, il n'est pas exclu que la priorité accordée à l'intervention d'accompagnement privilégiée auprès des familles, plutôt qu'au volet CEF du PSJP, puisse avoir une incidence sur le développement cognitif-langagier et moteur des enfants: être exposé à l'intervention PSJP dans un CSSS qui attribuait *moins* de 70% du budget alloué à ce programme à l'axe AF, en 2006, est significativement associé à une proportion plus importante d'enfants présentant un potentiel de développement cognitif-langagier ou moteur non-optimal. Il est à noter que cet indicateur de type écologique, qui témoigne de décisions régionales, est d'ailleurs significativement associé aux indices d'intensité d'accompagnement privilégié auprès des familles de la cohorte de l'*Évaluation du PSJP* (cf. Rapport 1).

- C'est la combinaison de conditions qui renvoient à des réalités de vulnérabilité sociale des familles et au contexte de l'intervention PSJP qui apparaissent associés au développement cognitif-langagier et moteur des enfants à 17 mois.
- Les enfants des familles qui semblent cumuler davantage de conditions de vulnérabilité sociale avant ou au début de la grossesse (R3), pourraient encourir davantage de probabilités de présenter un potentiel de développement non-optimal. Ce sont ces familles qui, dès le moment de l'inscription au PSJP, et durant les 6 premières semaines suivant la naissance du bébé, semblent recevoir une attention accrue de la part des intervenantes privilégiées, notamment par les travailleuses sociales. Par la suite, au cours de la première année de vie du bébé, l'intensité de l'intervention individualisée commencerait à diminuer plus tôt pour ces familles comparativement aux autres (cf. Rapport 1).
- Lorsque la principale source de revenu d'une jeune mère demeure l'État durant la deuxième année de vie de l'enfant, la probabilité accrue d'un développement moteur non-optimal à 17 mois, ceci même pour les familles qui ne sont parfois pas considérées comme étant aussi vulnérables que celles du regroupement R3, suggère qu'il s'agit d'un indicateur de défavorisation du milieu de vie qui a une incidence déterminante sur le développement de l'enfant.
- Enfin, en ce qui a trait au développement cognitif-langagier des enfants, les résultats suggèrent que l'attention accordée à l'interaction-parent enfant, dans le cadre du PSJP, demeure primordiale. L'activité de lecture par un adulte signifiant, qui apparaît particulièrement déterminante dès la deuxième moitié de la première année de vie de l'enfant (Verreault, 2005), constitue une opportunité pour favoriser la création d'un espace d'interaction entre les parents et l'enfant.

3.4 Parcours de vie des jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant et conditions associées

Selon le *Cadre de référence des SIPPE* (MSSS, 2004a), il s'agit d'inclure la naissance et le développement des enfants dans un *projet de vie* porteur de réussite pour les parents. Cette cible d'action du PSJP renvoie, à tout le moins, à un concept multidimensionnel qui comporte des composantes de nature personnelle, parentale, familiale, professionnelle ou citoyenne. Afin de se doter d'un indicateur, diverses données recueillies en période prénatale et postnatale sur la vie de couple, la maternité, la trajectoire scolaire, l'emploi, les principales sources de revenu et l'engagement citoyen, ont été soumises à une analyse de clusterisation. Les variables ont été sélectionnées selon des critères théoriques et statistiques pour refléter, de manière fiable, des dimensions jugées pertinentes et pour distinguer des trajectoires potentiellement différentes, tout en incluant des informations pouvant rendre compte de changements entre au moins deux temps de mesure. À terme, les indicateurs retenus recouvrent trois dimensions: la scolarité, la famille et le travail. Ceci dit, l'information traitée rend plutôt compte de *réalités vécues*, lesquelles peuvent s'inscrire (ou non) dans des projets de vie de jeunes parents: ainsi, la terminologie de «parcours de vie» est donc privilégiée plutôt que celle de *projet de vie*. Une fois établies des trajectoires qui distinguent les parcours de vie des jeunes mères durant la deuxième année de leur enfant, des hypothèses quant à des conditions associées à ces

parcours ont été mises à l'épreuve via des analyses bi variées de type ANOVA, Khi-deux de Pearson ou de Student. Les conditions suivantes ont été examinées: les réalités de vulnérabilité sociale des jeunes mères; le soutien social dont dispose la jeune femme durant les deux premières années de vie de son enfant; le contexte de l'intervention; et les mesures GED de développement moteur et cognitif-langagier des enfants, puisque les conditions de vie des jeunes parents ont une incidence sur le développement des enfants. Les précisions concernant cette composante de l'*Évaluation du PSJP* sont présentées à l'**ANNEXE F**. Il est à noter que les trajectoires présentées ne constituent pas, en soi, des indicateurs d'atteinte des cibles d'action du PSJP, étant donné la courte période dont il est question (moins de deux ans) et les changements en cours dans la vie des jeunes parents. Néanmoins, ils s'avèrent intéressants pour réfléchir l'intervention.

Constats

12. Trois trajectoires rendent compte de parcours de vie différents pour les mères de la cohorte de l'*Évaluation du PSJP* durant la deuxième année de vie de leur enfant.

- a. La première trajectoire (**T1**) est marquée par un **retour à l'école avec un enfant à charge** pour 89,6% des jeunes femmes, tandis que cette réalité est absente pour celles des deux autres trajectoires. Inversement, aucune des jeunes femmes de cette trajectoire ne s'inscrit dans le maintien d'un parcours de décrochage scolaire lorsque le bébé est âgé de 17 mois. Par ailleurs, ces jeunes femmes ont moins tendance (8,2%) à redevenir enceintes durant la première ou deuxième année de vie de leur enfant, ce qui représente environ une grossesse sur cinq parmi les 49 recensées pour la cohorte. Enfin, environ la moitié des jeunes femmes de cette trajectoire vivent avec un partenaire; leur principale source de revenu est l'État pour près de 4 sur 10 d'entre elles; et près d'une sur cinq est retournée temporairement sur le marché du travail, suite à la naissance du bébé.
- b. La deuxième trajectoire (**T2**) est marquée par **la vie de couple et de famille**. La quasi-majorité des jeunes femmes (97,1%) habitent avec leur partenaire, tandis qu'il en est de même pour environ la moitié des jeunes femmes des deux autres trajectoires. De plus, près de la moitié (46,9%) des nouvelles grossesses se produisent parmi les jeunes femmes de la trajectoire T2. Pour toutes ces jeunes femmes, la principale source de revenu est *autre* que l'État; et c'est dans cette trajectoire qu'une plus grande incursion dans le monde du travail depuis la naissance du bébé, même temporairement, est rapportée (52,2%). Enfin, ces jeunes femmes se situent principalement (72,5%) dans le maintien d'un parcours de décrochage scolaire lorsque le bébé est âgé de 17 mois.
- c. La troisième trajectoire (**T3**) est marquée par la **dépendance sur l'État comme principale source de revenu** pour 98,5% des jeunes femmes. Aucune des jeunes femmes de cette trajectoire n'a été sur le marché du travail ou n'est retournée à l'école depuis la naissance de l'enfant; et 100% s'inscrivent dans le maintien d'un parcours de décrochage scolaire lorsque le bébé est âgé de 17 mois. Aussi, près d'une femme sur 4

a connu une nouvelle grossesse durant la première ou la deuxième année de vie du bébé; tandis que la moitié vit avec un partenaire.

13. Différentes réalités de vulnérabilité sociale seraient à l'œuvre selon la trajectoire de parcours de vie. En particulier, la trajectoire T3 inclut davantage de jeunes femmes qui semblent cumuler *plus* de conditions de vulnérabilité sociale avant ou au début de la grossesse (R3) que de jeunes femmes qui s'inscrivent dans la continuité d'une réalité généralement perçue par les intervenantes comme comportant moins de vulnérabilité sociale (R1). La trajectoire T2, quant à elle, comprend davantage de jeunes femmes qui s'inscrivent dans la réalité de vulnérabilité sociale R1 (perçues moins vulnérables) plutôt que dans les autres réalités de vulnérabilité sociale R2 et R3.
14. Les jeunes femmes ont recours au soutien social disponible dans leur réseau informel et les indices d'appréciation subjective du soutien reçu de la part du partenaire ou d'autres personnes de l'entourage témoignent d'une appréciation «plutôt satisfaisante à satisfaisante». Toutefois, ni ces indices, ni le nombre de relations positives dans leur réseau ne diffèrent significativement selon les trajectoires du parcours de vie.
15. L'indicateur qui distingue les CSSS selon leurs priorités d'intervention (AF vs. CEF) n'est *pas* associé aux trajectoires de parcours de vie des jeunes femmes durant la deuxième année de vie de leur enfant.
16. Quelle que soit la trajectoire du parcours de vie des jeunes femmes, les enfants présentent tous un potentiel similaire de développement cognitif-langagier non-optimal (environ 1 enfant sur 5). Cependant, les enfants des jeunes femmes de la trajectoire **T2** présentent significativement *moins* de potentiel de développement moteur non-optimal (1,5%) que les enfants des mères de la trajectoire T1 (17,1%) ou de la trajectoire T3 (15,3%). Les analyses indiquent que lorsque la principale source de revenu de la mère est *autre que l'État* ou qu'elle *vit avec le même partenaire* depuis la dernière année, il y a significativement *moins* d'enfants présentant un potentiel de développement moteur non-optimal. Ces réalités sont celles des jeunes femmes de la trajectoire T2.

En réponse aux questions d'évaluation:

- Des trajectoires différentes caractérisent le parcours de vie des jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant. L'on ne peut toutefois conclure à un apport significatif ou différencié du soutien social perçu par les jeunes femmes, ni à l'influence de conditions particulières de l'intervention d'accompagnement, au regard de la configuration des parcours de vie présentés.
- Les jeunes femmes qui retournent à l'école dans les deux premières années de vie de leur enfant ont moins tendance à redevenir enceintes à court terme; tandis qu'une trajectoire marquée par la vie de couple et de famille pourrait comporter une combinaison de conditions présentant un effet précoce plus favorable au développement moteur de l'enfant, du moins à court terme. Il est à noter que cette trajectoire inclut davantage de jeunes femmes qui s'inscrivent dans la continuité d'une réalité généralement perçue par les intervenantes comme comportant moins de vulnérabilité sociale.

- Il est possible que la disponibilité des parents à l'enfant soit différente d'une trajectoire à l'autre, ce qui pourrait concourir à un environnement plus ou moins favorable à son développement à 17 mois. Étant donné que les parcours de vie sont en voie de transformation, il serait toutefois prématuré de conclure qu'une trajectoire particulière ne comporte pas de risques pour le développement de l'enfant à moyen et à long terme.

4. MODÉLISATION DE CONDITIONS D'INFLUENCE POUR L'ATTEINTE DES PRINCIPALES CIBLES D'ACTION DU PSJP: LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS ET LE PARCOURS DE VIE DES JEUNES PARENTS

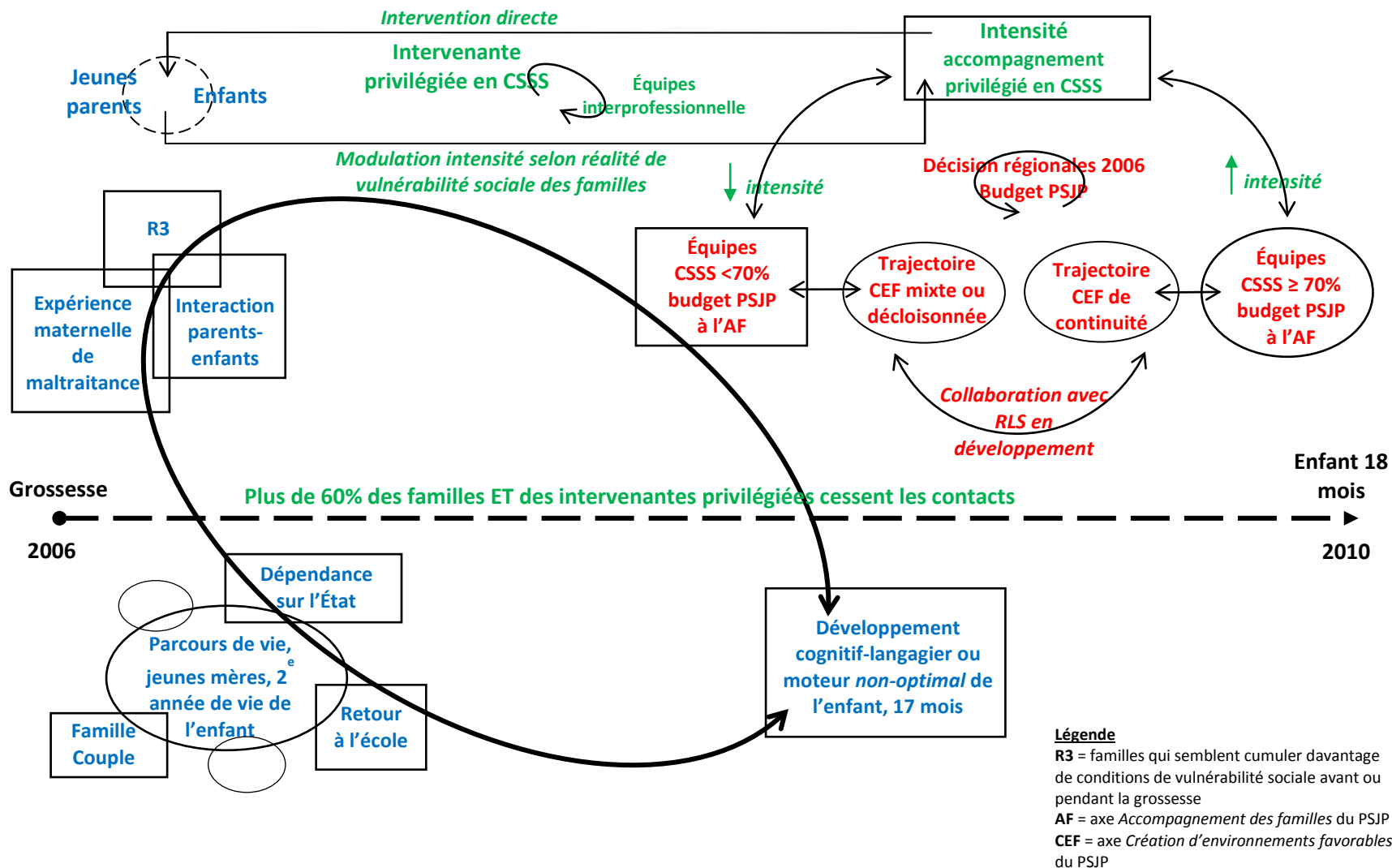
À partir des résultats et constats formulés au travers les trois rapports de l'*Évaluation du PSJP*, il est possible de modéliser un système d'action complexe qui met en relation des conditions associées à l'atteinte de cibles prioritaires du PSJP soit, le développement des enfants et le parcours de vie des jeunes parents. Afin de renforcer ce programme qui rejoint indéniablement des jeunes vivant en situation de vulnérabilité sociale, l'accent est mis sur le potentiel d'un développement *non-optimal* de l'enfant à 17 mois. Sachant que les conditions de vie des familles accompagnées comportent un potentiel important pour le déclin des courbes de développement de l'enfant au cours de la petite enfance (Boivin & Hertzman, 2012; Julien, 1995; McLoyd, 1998; Ramey & Ramey, 1998; Shonkoff & Meisels, 2000), les questions et enjeux que soulève cette modélisation sont d'autant plus fondamentaux.

L'**ANNEXE G** spécifie les paramètres selon lesquels interpréter la Figure 1. Les flèches représentent des *associations* entre des éléments du système afin de cerner des mécanismes à l'œuvre; les termes inscrits dans des formes carrées renvoient à des dimensions qui apparaissent particulièrement significatives; et la répartition des éléments ne suppose pas de hiérarchie établie. Par ailleurs, considérant les savoirs empiriques et expérientiels nécessairement introduits dans le programme depuis la fin de la collecte de données réalisée pour cette recherche évaluative, il importe de spécifier que cette représentation du PSJP modélise un système en opération qui débute avec la grossesse et qui se poursuit durant les deux premières années de vie des enfants nés entre 2006 et 2009. Autrement, étant donné la période relativement courte sur laquelle porte cette évaluation, il est vraisemblable que certains mécanismes exerçant une incidence sur le développement de l'enfant à moyen-long terme ne soient pas décelables.

Inévitablement, la modélisation propose une représentation qui demeure partielle et qui peut mener à la production, par le lecteur-modélisateur, de différentes explications complémentaires en ce qui a trait aux mécanismes invoqués. Ce modèle ne prétend donc pas représenter la réalité: il s'agit plutôt d'un médiateur pour entrer dans la «boîte noire» du PSJP, pour faciliter un dialogue avec les acteurs concernés par ce programme et pour concevoir des scénarios pouvant être mis à l'épreuve pour augmenter la capacité d'action de ses intervenants (Allard et al., 2008; Le Moigne, 1999). À travers le dialogue que nécessite l'optimisation du PSJP, il est donc attendu que la forme de ce modèle change. Pour les besoins de ce rapport, toutefois, cette modélisation sert de support aux pistes de réflexion formulées dans les pages précédentes. Ces

pistes découlent d'interrelations entre l'intensité de l'intervention d'accompagnement privilégié **(en vert)**, les réalités de vulnérabilité sociale des familles **(en bleu)** et des conditions contextuelles **(en rouge)** qui modulent ce programme. À prime abord, ce modèle offre ainsi des repères pour réfléchir l'intervention d'accompagnement privilégiée en CSSS; la part relative des ressources à dédier aux axes AF et CEF du PSJP; et l'action au regard des parcours de vie des jeunes parents.

Figure 1. Modélisation du PSJP (2006-2010): intervention déployée durant la grossesse et les deux premières années de vie des enfants nés entre 2006 et 2009 et mise en perspective du potentiel de développement non-optimal des enfants âgés de 17 mois



Premièrement, considérant le potentiel de développement non-optimal des enfants à 17 mois, la modulation de l'intensité de l'intervention d'accompagnement par les intervenantes privilégiées selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles apparaît justifiée durant les 18 premiers mois de vie du bébé: elles arrivent à livrer une intensité accrue d'accompagnement auprès de familles qui semblent cumuler davantage de conditions de vulnérabilité sociale avant ou au début de la grossesse (R3). Cependant, l'attrition plus précoce de ces familles face au PSJP, comparativement aux autres familles accompagnées, souligne la pertinence des pistes de réflexion déjà formulées au terme du Rapport 1: des mécanismes pour assurer la collaboration interprofessionnelle, le soutien clinique et la formation continue en appui à la pratique d'accompagnement des familles, ainsi que l'identification de critères à partir desquels évaluer la réalité de vulnérabilité sociale des familles, sont essentiels pour renforcer la capacité des intervenantes en CSSS. En particulier, une attention soutenue auprès de familles présentant un cumul plus important de conditions de vulnérabilité sociale; le soutien à l'interaction parent-enfant; la prise en compte de contextes familiaux pouvant exercer des contraintes sur la disponibilité du parent auprès de l'enfant; ou encore le soutien à l'intervention auprès de jeunes parents ayant vécu de la maltraitance, constituent des pistes essentielles à considérer pour renforcer *les actions directes* d'intervention précoce auprès des jeunes parents et leur enfant, laquelle s'avère un principe déterminant de l'intervention précoce (Moreau & El Hachem, 2012; Pomerleau, Malcuit, Moreau, & Bouchard, 2005; Verreault, 2005).

Cette modélisation souligne également une conjonction de conditions contextuelles qui mérite une attention sérieuse. Elle met en évidence l'observation qu'une moins grande priorité de financement accordée à l'axe AF, elle-même associée à une intensité moins élevée d'accompagnement privilégié auprès des familles durant les 18 premiers mois de vie de l'enfant, est significativement associée à un potentiel de développement cognitif-langagier ou moteur non-optimal parmi les enfants, à 17 mois. Cependant, l'observation que plus de 60% des [familles – intervenantes privilégiées] n'aient plus de contacts après que l'enfant ait atteint l'âge de 18 mois interroge la pertinence d'accorder d'emblée la priorité du financement à l'axe AF du programme. Parallèlement, cette modélisation systémique souligne que ces mêmes équipes PSJP/SIPPE en CSSS qui déploient l'intervention individualisée auprès des familles dans un contexte de moins grande priorité de financement accordée à l'axe AF (< 70% du budget PSJP) évoluent de concert avec *deux* trajectoires complémentaires de la CEF: l'une comporte un potentiel plus élevé de collaborations entre des ressources du RLS et pour l'action intersectorielle, tandis que l'autre met l'accent sur la continuité d'offre de ressources et de services directement aux familles dans le RLS (cf. Rapport 2). Bien qu'un tel assemblage de modalités d'accompagnement de type institutionnel et communautaire renvoie à un des principes d'action de l'intervention précoce (Moreau & El Hachem, 2012; Tarabulsky et al., 2009), la Figure 1 indique également que l'axe de la CEF, ainsi que la collaboration entre les ressources du RLS et les équipes du PSJP, demeuraient *en voie de réalisation* au moment de cette évaluation de programme, faisant en sorte que leur véritable portée demeure occultée. Étant donné l'attrition des familles rencontrées par des intervenantes privilégiées en CSSS,

l'enjeu de la part relative de ressources à dédier aux axes de l'AF en CSSS et/ou de la CEF dans le RLS est donc posé. Selon les principes du modèle écologique au cœur de ce programme et de l'intervention précoce en situation de vulnérabilité sociale (Bronfenbrenner & Morris, 1998), les pratiques émergentes de collaboration entre les équipes PSJP/SIPPE et les ressources du RLS mériteraient plutôt du soutien, particulièrement dans la mesure où ils peuvent contribuer à l'intervention *auprès* des parents et des enfants qui ne sont plus en contact avec des intervenantes privilégiées du CSSS. Il s'agirait de rejoindre les jeunes parents et leurs enfants là où ils sont, dans leurs milieux de vie.

Cette modélisation souligne également la pertinence de prendre en compte le parcours de vie des jeunes mères, puisque différentes trajectoires auraient une incidence sur le développement de l'enfant, dès 17 mois. Cette observation est d'autant plus importante à la lumière des résultats de cette évaluation qui portent à croire que 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, quelque soit l'axe AF ou CEF du programme. Étant donné la diversité de ressources à considérer pour la réalisation des projets de vie des jeunes parents et l'amélioration de leurs conditions de vie, cette priorité d'intervention gagnerait à être réfléchie à la jonction des axes AF et CEF du PSJP.

5. CONCLUSION

Ce dernier rapport de l'*Évaluation du PSJP* rend compte de résultats concernant l'atteinte de cibles d'action prioritaires du PSJP relatifs au développement de l'enfant et aux projets de vie des parents durant une période s'échelonnant sur quatre années d'actualisation du PSJP (2006-2010), suivant une implantation amorcée en 2004-2005. Bien que les résultats portant sur le développement cognitif-langagier, moteur et socio-affectif des enfants à 17 mois, témoignent d'une situation favorable, dans l'ensemble, cela n'exclut pas le potentiel de retards de développement à un âge ultérieur. En effet, considérant l'importance du taux d'attrition des familles rencontrées par les intervenantes des équipes PSJP en CSSS au cours de la deuxième année de vie des enfants, les conditions de vulnérabilité sociale avec lesquels composent des familles, ainsi que les mécanismes de collaboration en émergence et plus ou moins établis entre les ressources (CSSS, PSJP, RLS), le portrait du développement des enfants de cette cohorte pourrait donc s'avérer moins favorable durant leurs années préscolaires. À terme, la modélisation proposée met certainement en exergue les défis d'une intervention de nature écologique (Richard, Gauvin, & Raine, 2011), sans toutefois exclure la pertinence de ce choix stratégique. Les pratiques des acteurs des deux axes du programme, l'*Accompagnement des familles* et la *Création d'environnements favorables*, demeurent justifiées à la lumière de cette recherche évaluative, dans la mesure où ils pourront favoriser une action directe et soutenue auprès des jeunes parents et de leurs enfants. Un investissement soutenu dans le bagage d'expérience des acteurs du PSJP demeure donc essentiel pour la poursuite de cet important programme d'intervention précoce au Québec. Il s'agit autant d'une question économique liée à la productivité de notre société (Doyle, Harmon, Heckman, & Tremblay, 2009) que d'un impératif fondamental de justice sociale (Irwin, Siddiqi, & Hertzman, 2007).

PRINCIPALES RÉFÉRENCES

- Abidin, R.R.** (1995). *Parenting Stress Index*, Third Edition. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Allard, D.**, Bilodeau, A., & Gendron, S. (2008). Figurative thinking and models: tools for participatory evaluation. Dans L. Potvin, & D. McQueen (Eds). *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas: Values and Research* (pp. 123-147). New York, NY: Springer.
- Arnold, D.S.**, & Whitehurst, G.J. (1994). Accelerating language development through picture book reading. In D. Dickinson (Ed.), *Bridges to literacy: Approaches to supporting child and family literacy* (pp. 103-128). Cambridge, MA: Basil Blackwell.
- Bhaskar, R.A.** (1997). *A Realist Theory of Science*. London, UK: Verso.
- Bilodeau, A.**, Allard, D., Gendron, S., & Potvin, L. (2006). Les dispositifs de la participation aux étapes stratégiques de l'évaluation. *Revue canadienne d'évaluation de programmes*, 21(3), Numéro spécial, 257-282.
- 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., Beuregard, D., & Deblois, S. (2001). *Étude des effets de la phase prénatale du programme Naître égaux – Grandir en santé*. Montréal, QC: 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.
- Bronfenbrenner, U.**, & Morris, P.A. (1998). The ecology of developmental process. In R.M. Lerner & W. Damon (Eds), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical Models of Human Development*. (5^e éd., pp. 993-1028). New York, NY: Wiley.
- Caillouette, J.**, Garon, S., Dallaire, N., Boyer, G., & Ellyson, A. (2009). *Étude de pratiques innovantes de développement des communautés dans les sept Centres de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. Analyse transversale de sept études de cas*. Cahiers du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES), Collection Études théoriques – no ET0903. Disponible à: <http://www.cris.es.ugam.ca>.
- 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.
- Desrosiers, H.**, Simard, M., Dumitru, V., Tétreault, K., & Cardin, J-F. (2012). *Documents de travail de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ). Recueil de mesures repères. Partie 1: La période prénatale, la naissance et les nourrissons*. Institut de la statistique du Québec: Québec. Consulté 24 juillet 2013, http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/pdf/publications/feuille/1_Recueil_1.pdf
- Dieticians of Canada**, Canadian Paediatric Society, The College of Family Physicians of Canada, & Community Health Nurses of Canada. (2010). *Promoting optimal monitoring of child growth in Canada: using the new WHO growth charts*. Auteurs: Ottawa. <http://www.cps.ca/english/publications/cps10-01.htm>
- Donnadieu, G.**, & Karsky, M. (2002). *La systémique: Penser et agir dans la complexité*. Paris: Éditions Liaisons.
- Doyle, O.**, Harmon, C.P., Heckman, J.J., & Tremblay, R.E. (2009). Investing in early human development: timing and economic efficiency. *Economics and Human Biology*, 7, 1-6.
- Duncan G., J.**, & Brooks-Gunn, J. (2000). Family poverty, welfare reform and child development. *Child Development*, 71, 188-196.
- Dupuis, G.**, & Martel, J.P. (2006). *Validation psychométrique du GED: étude de sensibilité et de spécificité*. Présentation à la Fondation Lucie et André Chagnon, Montréal, QC.
- 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.
- Institut canadien d'information sur la santé.** (2011). *Le moment propice : pourquoi l'âge de la mère est déterminant*. Auteurs: Ottawa. Consulté le 24 juillet 2013.
Internet: https://secure.cihi.ca/free_products/AIB_InDueTime_WhyMaternalAgeMatters_F.pdf
- Institut de la statistique du Québec.** (2012). Naissances selon le poids à la naissance, le groupe d'âge de la mère et le sexe, Québec, 2010. Auteurs: Québec. Consulté le 24 juillet 2013. Internet: http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_decés/naissance/409.htm
- Irwin, L.G.**, Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2007). *Early childhood development: A powerful equalizer*. Final Report for the WHO Commission on the Social Determinants of Health. Vancouver, BC: Human Early Learning Partnership (HELP), University of British Columbia.
- Julien, M.** (1995). *Les facteurs prédictifs du développement cognitif de nourrissons issus de deux populations vulnérables et d'une population témoin*. (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Montréal.
- Klebanov, P.K.**, Brooks-Gunn, J., McCarton, C., & McCormick, M.C. (1998). The contribution of neighborhood and family income to developmental test scores over the three years of life. *Child Development*, 69, 1420-1436.
- Le Moigne, J-L.** (1999). *La modélisation des systèmes complexes*. Paris: Dunod.
- Malcuit, G.**, Pomerleau, A., & Séguin, R. (2003). *Programmes d'Activité de Lecture Interactive (ALI)*. Montréal, QC: Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales.
- Massé, R.** (1992). Construction sociale et culturelle de la maltraitance, *P.R.I.S.M.E.*, 3, 12-15.
- 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.
- McLoyd, V.C.** (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, 53, 185-204.
- Meade, C.S.**, Kershaw, T.S., & Ickovics, J.R. (2008). The intergenerational cycle of teenage motherhood: An ecological approach. *Health Psychology*, 27, 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.
- Ministère de la santé et des Services sociaux.** (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Moreau, J.**, & El Hachem, L. (2012). *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.**, Oxman-Martinez, J., Chamberland, C., Roy, C., Léveillé, S., Laporte, L., & Tabakian, N. (2001). *Transmission intergénérationnelle de la maltraitance: étude des liens entre facteurs de protection et facteurs de risque auprès d'une population de mères en difficulté*. Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de recherche sociale, Université de Montréal.
- Morin, E.** (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris: Seuil.

- Osofsky, J.D.**, & Thompson, D. (2000). Adaptive and maladaptive parenting. Dans J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Éds), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2^e éd., pp. 54-75). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Patton, M.Q.** (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2^e éd.). Newbury Park, CA: Sage.
- Pawson, R.**, & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London, UK: 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, QC: Direction de la santé publique.
- Pomerleau, A.** & Malcuit, G. (1983). *L'enfant et son environnement. Une étude fonctionnelle de la première enfance*. Sillery, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Pomerleau, A.**, Malcuit, G., Moreau, J., & Bouchard, C. avec la collaboration de : Blanchard, D., Denis, E., Goulet, J., Gratton, G., Brunson, L., Cormier, N., & Bastien M-F. (2005). *Contextes de vie, ressources et développement de jeunes enfants de milieux populaires montréalais*. Rapport de recherche présenté au Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Université du Québec à Montréal.
- Potvin, L.**, Bilodeau, A., & Gendron, S. (2012). Trois conceptions de la nature des programmes: implications pour l'évaluation de programmes complexes en santé publique. *Revue canadienne d'évaluation de programmes*, 26, 91-104.
- Ramey, C.T.**, & Ramey, S.L. (1998). Early intervention and early expérience. *American Psychologist*, 53, 109-120.
- Richard, L.**, Gauvin, L., & Raine, K. (2011). Ecological models revisited: their uses and evolution in health promotion over two decades. *Annual Review of Public Health*, 32, 307-326.
- Savard, S.**, Turcotte, D., & Beaudoin, A. (2003). Le partenariat et les organisations sociosanitaires du secteur de l'enfance, de la famille et de la jeunesse: une analyse stratégique. *Nouvelles pratiques sociales*, 2, 160-177.
- Sayer, A.** (2000). *Realism and Social Science*. London, UK: Sage.
- Shonkoff, J.P.**, & Meisels, S. J. (Éds). (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge, MA: Cambridge University 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, CA: Sage.
- 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.
- Verreault, M.** (2005). *Programmes d'activités de lecture interactive et développement cognitif de jeunes enfants: mesures d'impact et comparaison d'échelles d'évaluation (Bayley et Stanford-Binet)*. (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Montréal.
- Vézina, N.** (2005). *Élaboration et validation de la Grille d'Évaluation du Développement de l'enfant 0-5 ans (GED)*. (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Montréal.
- Whitehurst, G.J.**, & Lonigan, C.J. (1998). Child development and emergent literacy. *Child Development*, 69, 848-872.
- Whitehurst, G.J.**, & Lonigan, C.J. (2002) Emergent literacy: Development from pre-readers to readers. Dans S. Neuman & D. Dickinson (Eds.), *Handbook of Early Literacy Development* (pp.11-29). New York, NY: Guilford.
- Whitehurst, G.J.**, & Massetti, G. (2004). How well does *Head Start* prepare children to learn to read. Dans E. Zigler & S. J. Styfco (Eds.), *The Head Start Debates*. Baltimore MD: Paul H. Brookes Publishing Company.



ANNEXES

MODÉLISATION DES CHANGEMENTS VISÉS PAR LE PSJP: LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS ET LES PARCOURS DE VIE DES JEUNES PARENTS

TABLE DES MATIÈRES – Annexes

TABLE DES MATIÈRES – Annexes.....	29
LISTE DES TABLEAUX – Annexes.....	32
LISTE DES FIGURES – Annexes	34
ANNEXE A.....	35
REPÈRES THÉORIQUES DE L'ÉVALUATION DU PSJP.....	35
1. Le PSJP conçu comme système social complexe	35
2. Une perspective réaliste critique.....	35
3. Le recours à la modélisation systémique	36
4. Une méthodologie mixte	38
ANNEXE B.....	39
OPÉRATIONNALISATION DE L'ÉVALUATION DU PSJP	39
1. Sélection des milieux	39
2. Entrée dans les milieux locaux et maintien de liens	41
3. Considérations éthiques	42
4. Un espace de réflexivité entre le programme et l'évaluation	43
ANNEXE C.....	44
MÉTHODES POUR DOCUMENTER LES CIBLES D'ACTION DU PSJP AUPRÈS DES ENFANTS ET DE LEURS PARENTS	44
1. Cohorte des jeunes femmes, des pères/partenaires et de leurs enfants.....	44
1.1 Devis.....	44
1.2 Échantillon	44
1.3 Gestion des participants.....	47
1.4 Collecte de données	48
1.5 Gestion et analyse des données	50
2. Analyse documentaire des dossiers cliniques.....	61
2.1 Devis.....	61
2.2 Échantillon	61
2.3 Collecte de données: défis et contrôle de qualité	61
2.4 Analyse des données.....	64
3. Interprétation des résultats	66
ANNEXE D.....	67
LES ISSUES DE GROSSESSE	67
1. Question d'évaluation	67
2. Traitement et analyse des données	67
3. Résultats	68

3.1	Durée de gestation et type d'accouchement.....	68
3.2	Le poids des bébés	70
3.3	Commentaires.....	72
ANNEXE E		73
PORTRAIT DU DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS À 17 MOIS ET CONDITIONS ASSOCIÉES		73
1.	Questions d'évaluation	73
2.	Instrumentation : le GED.....	73
3.	Traitement et analyse des données	74
3.1	Portrait du développement des enfants	74
3.2	Conditions associées au développement de l'enfant	75
4.	Résultats	81
4.1	Les scores moyens des mesures GED	81
4.2	Le pourcentage d'enfants de la cohorte PSJP présentant un potentiel de développement non-optimal	82
4.3	Les conditions associées au développement cognitif langagier et moteur de l'enfant à 17 mois	84
4.3.1	Des conditions qui ne sont pas associées au développement cognitif-langagier et moteur des enfants de la cohorte PSJP à 17 mois	84
4.3.2	Les conditions associées au développement cognitif langagier et moteur des enfants de la cohorte PSJP à 17 mois	88
4.4	Commentaire	91
ANNEXE F		94
PARCOURS DE VIE DES JEUNES MÈRES DURANT LA DEUXIÈME ANNÉE DE VIE DE LEUR ENFANT		94
1.	Question d'évaluation	94
2.	Traitement et analyse des données	95
2.1	Le parcours de vie des jeunes mères.....	95
2.2	Conditions associées au parcours de vie des jeunes mères.....	97
3.	Résultats	98
3.1	Trois trajectoires qui caractérisent le parcours de vie des jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant.....	98
3.2	Des conditions associées aux parcours de vie des jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant.....	100
3.2.1	La réalité de vulnérabilité sociale	100
3.2.2	Le soutien social	101
3.2.3	Le contexte de l'intervention.....	102

3.2.4	Les mesures GED de développement moteur et cognitif- langagier des enfants.....	103
3.3	Commentaire	104
	ANNEXE G.....	106
	MODÉLISATION DE CONDITIONS D'INFLUENCE POUR L'ATTEINTE DES PRINCIPALES CIBLES D'ACTION DU PSJP: LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS ET LE PARCOURS DE VIE DES JEUNES PARENTS	106
1.	Question d'évaluation	106
2.	Modélisation	107
	ANNEXE H.....	112
	DOCUMENTS TECHNIQUES ET AUTRES	112
	ANNEXE H.1	113
	ANNEXE H.2.....	118
	ANNEXE H.3.....	119
	ANNEXE H.4.....	121
	BIBLIOGRAPHIE.....	123

LISTE DES TABLEAUX – Annexes

Tableau 1.	Portrait des milieux retenus pour l'Évaluation du PSJP	40
Tableau 2.	Cohorte de l'Évaluation du PSJP : personnes ayant donné leur consentement pour participer, selon le genre et l'âge.....	46
Tableau 3.	Cohorte de l'Évaluation du PSJP: participation des familles, selon les temps de mesure	46
Tableau 4.	Cohorte de l'Évaluation du PSJP : nombre de personnes ayant participé, selon les temps de mesure	47
Tableau 5.	Collecte de données dans les dossiers cliniques. Procédures de vérification des formulaires.....	62
Tableau 6.	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, 2008-2009.....	63
Tableau 7.	Durée de gestation et accouchement par césarienne, jeunes femmes de la cohorte de l'Évaluation du PSJP.....	69
Tableau 8.	Poids moyen des bébés de la cohorte PSJP pour lesquels des données étaient disponibles, selon le genre, l'âge du bébé et la réalité de vulnérabilité sociale des familles	71
Tableau 9.	Indicateurs retenus en préparation d'analyses multi variées portant sur les conditions associées au développement de l'enfant à 17 mois	77
Tableau 10.	Dix indicateurs résultant de la première phase d'analyse des conditions associées au développement de l'enfant à 17 mois.....	78
Tableau 11.	Indicateurs retenus pour l'examen des conditions associées au développement cognitif langagier ou moteur de l'enfant à 17 mois.....	80
Tableau 12.	Scores moyens des mesures GED des enfants de la cohorte PSJP et de l'étude de normalisation, selon l'âge des bébés	81
Tableau 13.	Pourcentage d'enfants présentant un potentiel de développement non-optimal selon l'âge des bébés: étude de normalisation et la cohorte PSJP selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles	83
Tableau 14.	Conditions qui ne sont pas associées au développement cognitif-langagier et moteur des enfants de la cohorte PSJP à 17 mois.....	85
Tableau 15.	Exposition à l'intervention d'accompagnement privilégié: indices d'intensité selon les mesures de développement moteur et cognitif-langagier des enfants de la cohorte PSJP à 17 mois.....	87
Tableau 16.	Parcours de vie des jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant: trois trajectoires	99
Tableau 17.	Trois trajectoires de parcours de vie des jeunes mères selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles	101

Tableau 18.	Mesures du soutien social, du point de vue de la jeune femme à 17 mois de vie de l'enfant, selon les trois trajectoires de parcours de vie	102
Tableau 19.	Nombre et pourcentage de familles dont les enfants présentent des mesures GED indiquant un potentiel de développement non-optimal à 17 mois, selon les trajectoires des parcours de vie des jeunes femmes	103

LISTE DES FIGURES – Annexes

Figure 1.	Contours du système général pour modéliser le PSJP.....	36
Figure 2.	Modélisation de la théorie du programme: les changements postulés chez les enfants et les jeunes parents.....	38
Figure 3.	Indicateurs retenues pour l'analyse de clusterisation, parcours de vie de jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant.....	96
Figure 4.	Analyse de clusterisation: croisement des courbes du BIC normalisé (en bleu) et de la différence de BIC à chaque augmentation du nombre de regroupements (en rouge).....	97
Figure 5.	Modélisation du PSJP (2006-2010): intervention déployée durant la grossesse et les deux premières années de vie des enfants nés entre 2006 et 2009 et mise en perspective du potentiel de développement non-optimal des enfants âgés de 17 mois	108

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 réfléchi par 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 effets 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

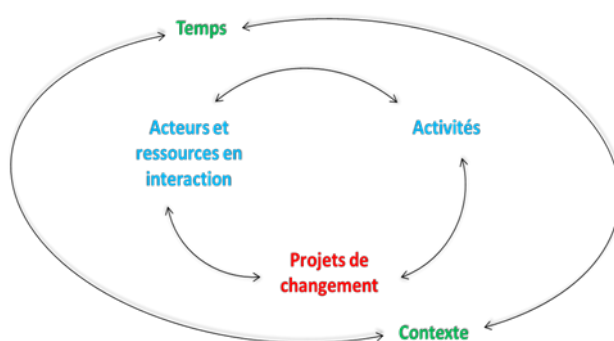
potentielles entre des mécanismes postulés et des considérations contextuelles. **Il s'agit de comprendre «ce qui crée quels changements, comment, pour qui, dans quel contexte?»**.

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). Soulignons ici que les effets souhaités se résument aux cibles d'action du programme auprès des enfants et des jeunes parents.

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 par 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, 2012). 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 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.

La Figure 2, à la page suivante, présente les changements postulés chez les jeunes parents et leurs enfants, lesquels doivent être réfléchis selon les processus du programme et son contexte. À l'instar du modèle écologique ayant servi de fondement au PSJP, cette figure présente un rappel des deux volets AF et CEF du programme, au niveau local, et les niveaux d'action régionale et ministérielle considérés ici en tant que conditions contextuelles pouvant exercer une incidence sur l'actualisation du PSJP au niveau local³. Par ailleurs, cette figure précise les cibles d'action pour lesquelles des données se sont avérées *disponibles* et qui ont été considérées *observables* dans le cadre de cette recherche évaluative⁴. Il s'agit d'effets souhaités réalistes et pouvant être significatives, à plus court terme, étant donné la durée d'observation de cette recherche. Pour les besoins de cette première modélisation, une distinction est proposée entre 1) les variables médiatrices et 2) les cibles d'action du PSJP. Les variables médiatrices renvoient à des conditions de vulnérabilité des familles, ces dernières pouvant intervenir de manière différenciée dans les mécanismes activés 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 (Arney & Scott, 2010; Denis, Malcuit & Pomerleau, 2005; Tarabulsky, Provost, Drapeau, & Rochette, 2009). D'autre part, les cibles d'action représentent des dimensions pour lesquelles il devrait être possible de rendre compte de changements entre au moins deux temps de mesure durant cette recherche évaluative.

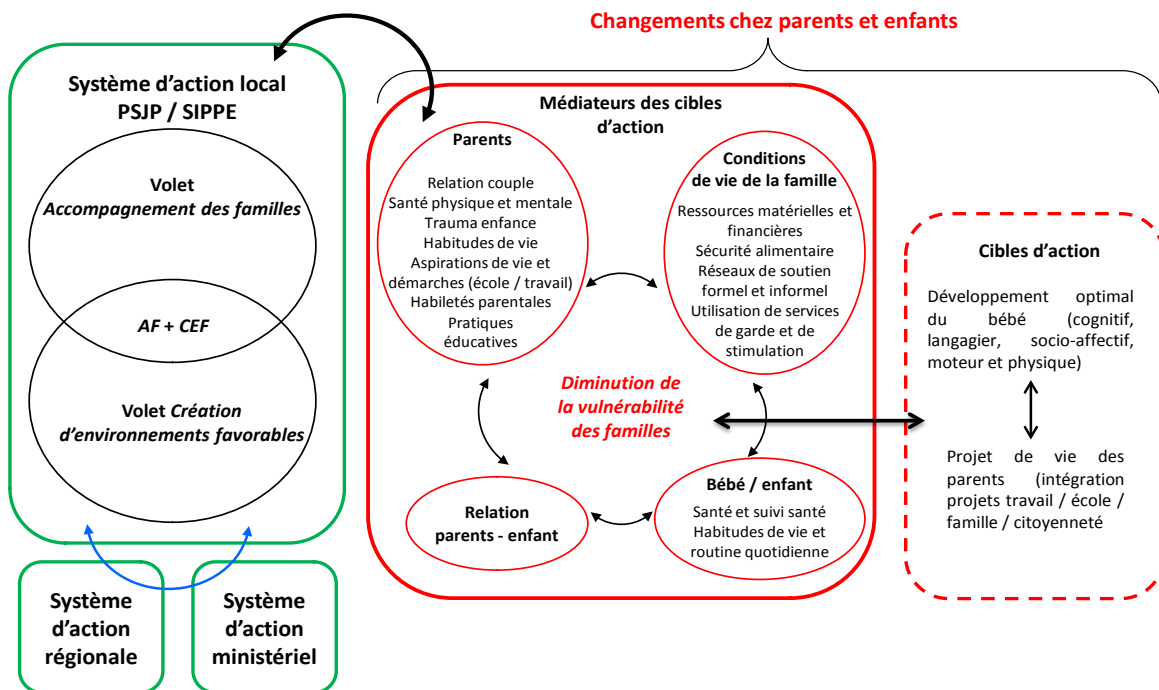
Par souci d'intelligibilité, cette première modélisation n'illustre pas de manière explicite les mécanismes causaux déjà établis par des recherches antérieures entre certaines des variables retenues. Par exemple, il est connu qu'une expérience de maltraitance durant l'enfance ou l'adolescence d'une jeune mère peut avoir une incidence sur la qualité de ses interactions avec son enfant, dès les premiers mois, ainsi que sur le développement cognitif-langagier de ce dernier (Hubbs-Tait, et al., 1996; Osofsky, 1998; Osofsky, Eberhart-Wright, & Hann, 1992; Osofsky, Hann, & Peebles, 1993; Osofsky, Osofsky, & Bocknek, 2010; Osofsky & Thompson,

³ Le détail des différents sous-systèmes d'action est présenté dans les Rapports 1 et 2 de l'*Évaluation du PSJP*.

⁴ À ce titre, bien que ce programme vise à diminuer la reproduction intergénérationnelle de situations d'abus ou de négligence envers les enfants, il n'a pas été possible d'obtenir des données relatives aux signalements de négligence ou de mauvais traitements des enfants dans le cadre de cette recherche. De plus, le pouvoir d'agir des parents, selon leur perspective, s'est avéré généralement élevé pour l'ensemble des parents tant en période prénatale que postnatale. Sur cet enjeu essentiel du programme, une mesure d'*effet* n'est donc pas apparue pertinente avec les données disponibles.

2000). Le devis non-expérimental de cette recherche et l'imprévisibilité des systèmes d'action examinés ont fait en sorte que l'équipe a dû privilégier une certaine ouverture quant aux mécanismes causaux à investiguer, au fil des observations et du déroulement de la recherche. À terme, les mécanismes examinés sont toutefois motivés et explicités dans chacune des annexes de ce rapport où il est fait état des analyses et des résultats en vue d'une proposition de modélisation empiriquement appuyée.

Figure 2. Modélisation de la théorie du programme: les changements postulés chez les enfants et les jeunes parents



4. Une méthodologie mixte

Une **méthodologie mixte** fut privilégiée (Tashakkori, & Teddlie, 2003) pour appréhender les diverses dimensions du programme. Ce rapport, qui porte sur les cibles d'action du PSJP et sur la modélisation de mécanismes qui y sont associés, a nécessité le croisement de résultats d'analyses statistiques et qualitatives dont une synthèse est présentée à l'Annexe H.1. Des résultats issus de l'ensemble des méthodes déployées pour l'*Évaluation du PSJP* sont utilisés dans ce dernier rapport de recherche. À terme, ces résultats proviennent de données recueillies auprès de 1381 personnes, 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'*Évaluation du PSJP*⁵, ce qui représente 18 CSSS, une fois la dernière réorganisation d'envergure du réseau de la santé et des services sociaux 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 établissements⁶. Ceci a mené à l'exclusion d'une région. Par la suite, 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 diffusion⁷ (AD)

⁵ Initialement, il s'agissait de solliciter 10 équipes en 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.

⁶ Ces quatre sites représentaient 150 naissances vivantes chez les femmes de moins de 20 ans en 2002.

⁷ 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

à forte ou à très forte défavorisation sociale et matérielle dont la valeur médiane était de 12% pour l'ensemble des territoires de CLSC du Québec en 2001. 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 à travers les sept régions.

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

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.

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 participants. 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. Enfin, 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 l'axe CEF. Les équipes des cinq autres régions attribuaient la majeure partie des budgets à l'intervention d'accompagnement des familles au moment où cette recherche évaluative 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 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 des 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 Comités d'éthique de la recherche (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 des nombreux 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 fois⁸, dans le cadre d'une réunion d'équipe mensuelle à laquelle pouvaient s'ajouter des partenaires communautaires ou provenant d'autres secteurs d'intervention. Un chercheur y accompagnait une 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 des familles dans le programme, l'intervention prénatale documentée à partir des dossiers cliniques et des premiers constats issus 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.

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. Elles étaient émancipées, ce que ne considère pas notre Code civil. Néanmoins, 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.

⁸ 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.

Toujours au sens de la loi, ces mineures peuvent cependant consentir à la participation de leur enfant à cette recherche.

Au terme de discussions, le consentement éclairé des mineurs participant à l'*Évaluation du PSJP*, 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 présence⁹. 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 du 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 sur l'action, et potentiellement des transformations *dans l'action*, mérite une certaine objectivation afin de mettre en perspective les résultats.

⁹ Une allocation de participation a été versée aux représentants des organismes communautaires, aux jeunes et aux grands-parents.

ANNEXE C

MÉTHODES POUR DOCUMENTER LES CIBLES D'ACTION DU PSJP AUPRÈS DES ENFANTS ET DE LEURS PARENTS

Les cibles d'action du PSJP auprès des enfants et de leurs parents ont principalement été examinées à l'aide de deux méthodes soit, l'instauration d'une cohorte comportant un suivi longitudinal de familles et l'analyse documentaire de leurs dossiers cliniques en CSSS¹⁰.

1. Cohorte des jeunes femmes, des pères/partenaires et de leurs enfants

1.1 Devis

Une cohorte comportant un suivi longitudinal auprès de jeunes/parents et leurs enfants a permis la réalisation de quatre temps de mesure: 1) près du moment de l'inscription au programme¹¹; 2) durant les dernières semaines précédant l'accouchement¹²; 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 celle complétée dans les dossiers cliniques pour une durée moyenne de 29 mois par famille.

1.2 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 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 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

¹⁰ Le détail de ces méthodes, présenté dans le Rapport 1 de l'*Évaluation du PSJP*, est repris ici pour faciliter l'accès à l'information.

¹¹ En moyenne, le premier temps de mesure a été complété pendant la 26^e semaine de grossesse.

¹² En moyenne, le deuxième temps de mesure a été complété pendant la 36^e semaine de grossesse.

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 remettait à plus tard la mention de celle-ci. Il est donc possible qu'un certain biais de sélection ait été en opération. Cependant, la répartition des familles participantes entre différentes réalités de vulnérabilité sociale (c.f. Rapport 1) suggère que ce ne sont pas d'emblée des familles «moins vulnérables», et donc jugées plus réceptives à la recherche, qui ont été recrutées dans la cohorte.

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 participation¹³. 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 partenaire¹⁴ 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 terme, 322 pères ou partenaires ont accepté de participer à cette évaluation de programme: 277 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 2 présente la répartition des 773 personnes ayant donné leur consentement pour participer à cette cohorte.

¹³ Un maximum de quatre tentatives fut déployé pour rejoindre la personne, au téléphone.

¹⁴ 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.

Tableau 2. 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 familles¹⁵ recrutées est considéré annuellement, 23 ont été recrutées en 2006, 139 en 2007, 227 en 2008 et 62 en 2009.

Le Tableau 3 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 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 3. 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)¹⁶; ils ont déménagé hors d'un territoire où ils ne pouvaient être rejoints pour la collecte de données (16 familles); ou ils n'ont

¹⁵ 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.

¹⁶ 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.

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 4 présente le nombre de personnes auprès desquelles une collecte de données a été complétée, par temps de mesure.

Tableau 4. 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

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.

1.3 Gestion des participants

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 dernier compte tenu 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.

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 exprimés par 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 GED¹⁷. 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.

1.4 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 les mesures du GED à 5 et 17 mois. L'Annexe H.4 présente les instruments utilisés, en complémentarité aux questions formulées par les chercheurs. 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.

¹⁷ 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 diagnostique. 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.

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.

Les processus de contrôle de la qualité ont été réalisés dans une perspective d'amélioration continue de la collecte de données. Des bilans trimestriels ainsi que des comptes-rendus mensuels incluant des suggestions d'ajustement ont été produits à l'intention des agentes de recherche. Une foire aux questions a permis d'échanger des informations; et 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 de collecte de données et les mécanismes d'obtention d'un consentement éclairé dans un contexte de faible littératie; de mettre en pratique des cas exemplaires; et de partager 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.

1.5 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. Des procédures de double saisie des données ont aussi été établies 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 analyses¹⁸. 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. Le détail des analyses descriptives, comparatives et multi-variées réalisées pour ce rapport est spécifié dans les Annexes D, E et F.

Puisqu'une partie importante des analyses comporte des comparaisons selon *les réalités de vulnérabilité sociale des familles*, la construction et la signification de ce construit sont reproduits dans ce qui suit pour le lecteur. Ce dernier devra toutefois se référer au Rapport 1 de *l'Évaluation du PSJP* dont les résultats soulignent les différentes trajectoires d'accompagnement privilégié des familles selon leur réalité de vulnérabilité sociale.

Extrait du Rapport 1 de l'Évaluation du PSJP, Évaluation de l'actualisation du PSJP, l'axe Accompagnement des familles (Gendron, Dupuis, Moreau, Lachance-Fiola, & Dupuis, 2013, pp. 89-99) :

¹⁸ 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.

3.2.1 Le concept de vulnérabilité sociale

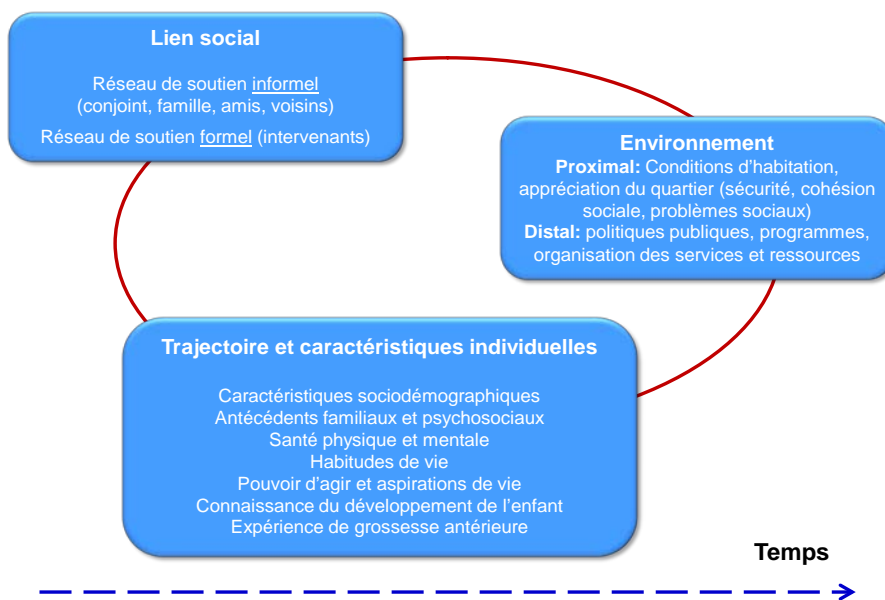
Les variables faisant l'objet de la collecte de données auprès des jeunes parents ont été retenues en prenant appui sur 1) les objets d'intervention du programme (MSSS, 2004a); 2) notre modélisation systémique de la théorie du programme; et 3) des indicateurs généralement utilisés pour estimer les effets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

Figure 8. Modélisation du concept de vulnérabilité sociale



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.

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 naître¹⁹. 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

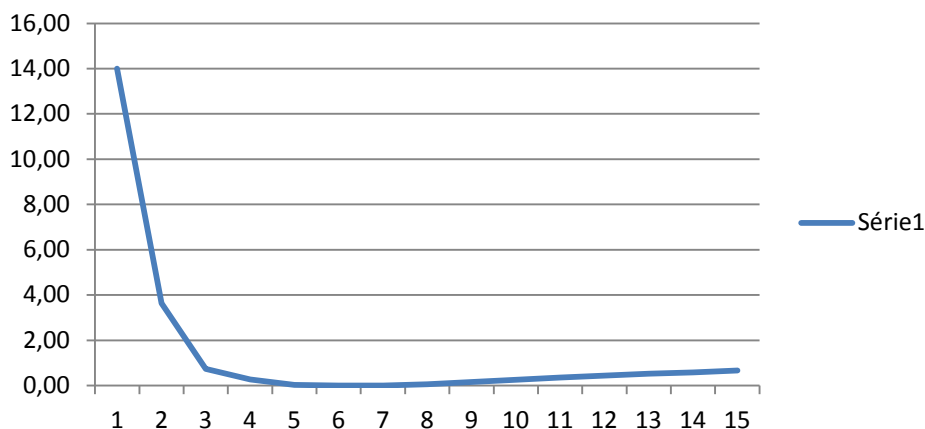
Nombre de classes	Critère bayésien de Schwartz (BIC)	Modification BIC	Proportion de modification du BIC	Ratio des mesures de distance
1	6665,309			
2	6346,150	-319,159	1,000	1,198
3	6106,466	-239,684	,751	1,867
4	6052,754	-53,712	,168	1,045
5	6008,363	-44,391	,139	1,223
6	6001,438	-6,926	,022	1,056
7	6003,377	1,939	-,006	1,114
8	6021,559	18,182	-,057	1,236

¹⁹ 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.

9	6067,016	45,457	-,142	1,129
10	6125,680	58,664	-,184	1,024
11	6186,720	61,041	-,191	1,038

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 sociale²⁰.

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

²⁰ 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.

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 fratrie²¹. 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 émotionnelle²², 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.

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 %).

²¹ 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.

²² Les scores moyens pour la sous-échelle de négligence émotionnelle sont qualifiés d'«extrême» pour les trois regroupements R1, R2 et R3.

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%)	$p = 0,15$	$p = 0,00$	$p = 0,00$

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.

2. 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. 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 réalisés par des intervenantes privilégiées ont été documentés auprès des 451 familles de la cohorte décrite précédemment. 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'étude²³, ou que nous avons une indication claire que la famille avait déménagé²⁴ vers un territoire non inclus dans l'évaluation, ces dossiers ne furent plus consultés. Autrement, 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, 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.

²³ Dans ce cas, le parent signifiait son refus de poursuivre sa participation soit à l'agente de recherche responsable de la collecte de données ou auprès du bureau de coordination, par téléphone ou par écrit.

²⁴ 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, seules les entrevues par questionnaire ont été poursuivies.

Outre la formation continue des agentes de recherche, la mise à jour régulière d'instructions détaillées et le pairage²⁵ du personnel de recherche pour assurer une meilleure homogénéité des pratiques d'extraction de données, deux mécanismes de contrôle de qualité ont également 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). À partir de l'automne 2007, la gestion informatisée de ce suivi de qualité a permis de créer des bilans trimestriels pour la supervision de chaque agente de recherche.

Le Tableau 5 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.

Tableau 5. 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 constats²⁶. 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

²⁵ 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.

²⁶ Le Rapport 1 présente les résultats afférents à ces constats. Ce rapport traitera uniquement des indices d'intensité de l'intervention PSJP.

doivent donc être interprétés avec prudence. Deuxièmement, il a été possible d'identifier six équipes en CSSS 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 des 19 sites. Enfin, ces vérifications indiquent 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 type de 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 6 présente les pourcentages moyens de concordance, toutes agentes de recherche confondues, pour deux années de vérification.

Tableau 6. 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, 2008-2009

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 sont fiables (95% en 2008; 98% en 2009), lorsque disponibles. Néanmoins, 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 sept périodes d'intervention suivantes ont été sélectionnées, pour tenir compte du calendrier et de la fréquence des contacts spécifiés par le *Cadre de référence* des SIPPE; pour établir des périodes de temps de durée comparable; et pour détecter l'évolution de l'intensité de l'intervention d'accompagnement à travers le temps:

- La période prénatale:
 - du premier contact PSJP à la semaine précédant les 6 dernières semaines de la grossesse
 - les six dernières semaines de grossesse
- La période postnatale:
 - les six premières semaines de vie du bébé
 - 6 semaines à 6 mois
 - 7 à 12 mois
 - 13 à 18 mois
 - 19 à 24 mois

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 semaines²⁷. L'indice global d'intensité de l'intervention prénatale, pour chaque famille, fût donc produit à partir de la formule suivante :

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

Afin de refléter la réalité de l'intervention d'accompagnement des familles, des indices d'intensité *selon le type de contact* ont été produits pour chaque période:

- 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)

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, tous les dossiers des membres d'une même famille (mère, conjoint, bébé) ont été consultés. 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 famille²⁸, ceci a inévitablement contribué à générer des «doublons». Par exemple, 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 pour traiter cette situation.

²⁷ 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 Rapport 1 (Annexe H.7).

²⁸ Il s'agissait de réduire les possibilités d'interprétations différenciées entre les agentes de recherche.

3. 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 selon les termes suivants:

- 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 s'agit d'une tendance statistique qu'il importe de considérer; 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.

ANNEXE D LES ISSUES DE GROSSESSE

1. Question d'évaluation

Cette section répond à la question suivante : **Quelles sont les issues de grossesse des jeunes femmes accompagnées par des intervenantes privilégiées du PSJP ?**

Trois issues de grossesse des jeunes femmes accompagnées par des intervenantes privilégiées du PSJP sont examinées soit: la durée de gestation, le type d'accouchement et le poids du bébé à la naissance. La première condition renvoie à une cible d'action des *Priorités nationales de santé publique* (MSSS, 2008) dans lequel s'inscrit le PSJP; tandis que les deux autres conditions présentent davantage un intérêt, à titre descriptif, pour situer la cohorte du PSJP par rapport à des populations de mères québécoises et canadiennes. Il s'agit d'interpréter les résultats à la lumière de données générées dans un contexte comparable, notamment en termes de composition de la population de jeunes parents et d'accessibilité à des soins de santé et de services sociaux qui offrent des ressources prénatales et périnatales à des clientèles considérées vulnérables. À cet effet, il n'apparaît pas judicieux de comparer les résultats de l'*Évaluation du PSJP* avec de multiples données états-uniennes disponibles, étant donné des taux de natalité supérieurs chez les adolescentes américaines (20,1 pour 1000) comparativement au Canada (16,6 pour 1000) (El Hachem, 2011); l'importante prévalence de mères d'origine hispanophones ou afro américaines (Hamilton, Martin, & Ventura, 2010), ce qui n'est pas le cas dans cette recherche évaluative; et des conditions de pauvreté différentes où le filet de sécurité sociale ne comprend pas un accès universel à des soins de santé, comme c'est le cas au Québec.

2. Traitement et analyse des données

En ce qui a trait à la durée de la gestation, les données sont disponibles pour 412 bébés. Cette durée a été établie à partir de deux données soit, l'âge gestationnel de la mère au moment de l'inscription au PSJP et la date de naissance du bébé. La première information a été documentée par le biais des dossiers cliniques des mères au CSSS; tandis que la date de naissance du bébé a été confirmée par contact téléphonique avec la mère. Connaissant la date prévue de l'accouchement, ce sont les agentes de recherche qui ont rejoint les mères pour confirmer cette information. La durée de la gestation est donc rapportée selon le nombre de semaines. Un accouchement prématuré se situe à moins de 37 semaines de grossesse.

L'information relative au type d'accouchement et au poids du bébé à la naissance a été recueillie lors d'entrevues à domicile effectués par les agentes de recherche auprès des mères. Il s'agit donc principalement de données auto-rapportées et confirmées, dans la mesure du possible, par des informations recueillies des carnets de santé des bébés lors de la rencontre

effectuée à 5 mois de vie de l'enfant. Ce carnet n'étant pas toujours disponible, ni complété, il importe de préciser que les informations relatives aux mesures de poids sont partielles: ces données sont disponibles pour un maximum de 52% des bébés à la naissance, à 4-5 mois ou à environ un an. À tout le moins, il n'y a pas de différences quant au taux de données manquantes relativement au poids des bébés selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles ($p = 0,24$ pour les mesures à la naissance; $p = 0,16$ pour les mesures à 4-5 mois; $p = 0,75$ pour les mesures à environ 1 an). Néanmoins, les résultats quant aux mesures de poids sont à considérer avec précaution, d'autant plus que le taux de petit poids à la naissance (< 2500 g) apparaît très bas.

Pour les besoins de ce rapport, les issues de grossesse sont rapportées selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles. Par ailleurs, le poids moyen du bébé est rapporté selon le sexe. Des mesures de poids moyen à 4-5 mois et à environ 1 an complètent les mesures de poids disponibles à la naissance. Les courbes de croissance de l'OMS adaptées pour le Canada (Dieticians of Canada, Canadian Paediatric Society, The College of Family Physicians of Canada, & Community Health Nurses of Canada, 2010) ont servi de référence pour interpréter les mesures de poids moyens.

3. Résultats

Quelles sont les issues de grossesse des jeunes femmes accompagnées par des intervenantes privilégiées du PSJP ?

3.1 Durée de gestation et type d'accouchement

Toutes les naissances documentées pour cette cohorte sont des naissances simples. Le nombre moyen de semaines de gestation est de 39 (ET = 2,7); tandis que 8,3% des naissances sont prématurées (34/412). De plus, parmi les 359 mères ayant répondu à la question, 13,2% ont accouché par césarienne (47/357). Les autres jeunes femmes ont accouché par voie vaginale.

Le Tableau 7 présente l'information relative à la durée de gestation et aux accouchements par césarienne pour l'ensemble de la cohorte et selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles. Il n'y a pas de différences significatives selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles au regard de ces issues de grossesse.

Tableau 7. Durée de gestation et accouchement par césarienne, jeunes femmes de la cohorte de l'Évaluation du PSJP

Issues de grossesse	Jeunes femmes de la cohorte	Réalités de vulnérabilité sociale			
		R1	R2	R3	Différences statistiques <i>valeur p</i>
Nombre moyen de semaines de gestation	39,0	38,9	38,8	39,3	$p = 0,92$
% < 37 semaines de gestation	8,3	8,5	5,8	5,2	$p = 0,54$
% accouchement par césarienne	13,2	14,1	10,4	14,7	$p = 0,59$

La proportion de naissances prématurées des jeunes mères du PSJP est comparable au taux canadien disponible pour les mères de moins de 20 ans durant la période pendant laquelle les données ont été recueillies pour cette évaluation (2006-2009) (ICIS, 2011). Selon une analyse de l'ICIS qui explore les répercussions de l'âge sur la santé des mères et des enfants, 8,1% [I.C. 7,9 – 8,4] des mères canadiennes de moins de 20 ans ont vécu l'expérience d'une naissance prématurée entre 2006-2007 et 2008-2009. Ce taux est significativement plus élevé que pour des mères canadiennes âgées de 20 à 34 ans (rapport de cote = 1,15 ; [I.C. 1,11 – 1,20]). Néanmoins, il demeure significativement *moins* élevé que le taux de naissances prématurés pour les femmes âgées de 35 à 39 ans et celles âgées de 40 ans et plus. Par ailleurs, lorsque l'on examine des données québécoises, le taux de naissances prématurées de la cohorte PSJP est similaire à celui de 8,1% rapporté par l'étude NÉ-GS prénatale (Boyer, Brodeur, et al., 2001). Dans l'ensemble, il s'agit de taux de naissances prématurés qui demeurent plus élevés que pour la population générale au Québec entre 2006 et 2009, où les taux varient entre 7,3 et 7,6 % (ISQ, 2012a). Ces taux poursuivent d'ailleurs une tendance à la hausse étant donné l'augmentation des grossesses chez les femmes de 30 ans et plus (Girard, 2013). Enfin, le taux de naissances prématurés dans la cohorte PSJP est plus élevé que celui de la cohorte de l'ÉLDEQ en 1998, mais demeure comparable aux taux rapportés pour les enfants de cette cohorte qui proviennent de ménages défavorisés, dont les mères sont sans études postsecondaires ou qui vivent dans des ménages à faible revenu (Desrosiers, Simard, Dumitru, Tétreault, & Cardin, 2012).

En ce qui a trait aux accouchements par césarienne, l'analyse effectuée par l'ICIS rapporte un taux plus élevé pour les mères canadiennes âgées de moins de 20 ans (16,1% [I.C. 15,7-16,4]) que celui de la cohorte du PSJP. Règle générale, les jeunes femmes ont des taux significativement moins élevés d'accouchement par césarienne que les femmes de 20 ans et plus (ICIS, 2011). Lorsque les données sont examinées pour le Québec seulement (2006-2007 à 2008-2009), le pourcentage de femmes ayant donné naissance à un enfant unique par césarienne est de 21,4% pour les femmes âgées de 20 à 34 ans; 30,3% pour les 35-39 ans; et

35,3% pour les femmes de 40 ans et plus (ICIS, 2011). Ce sont tous des taux plus élevés que celui documenté au sein de la cohorte PSJP.

3.2 Le poids des bébés

Tel qu'indiqué plus haut, le taux de petit poids à la naissance pour les bébés de la cohorte de l'*Évaluation du PSJP* est faible: il est de 4,2%. Considérant l'importance des données manquantes, la portée de cette information demeure limitée. Toutefois, il s'agit d'un taux significativement plus petit que ce qui est rapporté pour les mères canadiennes de moins de 20 ans de 2006-2007 à 2008-2009, avec un taux de 11,9% [I.C. 11,6-12,2] (ICIS, 2011); ou que le taux de 6,6% pour les mères québécoises de moins de 20 ans en 2010 (ISQ, 2012b). Autrement, il s'agit du même taux que celui de l'ÉLDEQ (Desrosiers et al., 2012).

À titre descriptif, le Tableau 8 présente le poids moyen des bébés de la cohorte PSJP pour lesquels des données étaient disponibles, selon le genre, l'âge et la réalité de vulnérabilité sociale des familles. Il est à noter que ces données ont été traitées en livres plutôt qu'en kilogrammes, la disponibilité de cette dernière mesure étant plus faible. Il n'y a pas de différences significatives selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles au regard de ces issues de grossesse, quelque soit l'âge ou le sexe du bébé.

Lorsque ces données sont interprétées selon les courbes de croissance de l'OMS adaptées pour le Canada, les mesures se situent aux environs du 50^e percentile ou à un percentile légèrement plus élevé, que ce soit à la naissance, à 4 ou 5 mois de vie du bébé ou entre 11 et 13 mois. Ainsi, avec les données disponibles, et considérant qu'il n'y a pas de différences quant au taux de données manquantes relativement au poids des bébés selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles, ces informations suggèrent que le développement physique des bébés de la cohorte de l'*Évaluation du PSJP* ne semble pas poser un défi particulièrement plus important qu'attendu.

Tableau 8. Poids moyen des bébés de la cohorte PSJP pour lesquels des données étaient disponibles, selon le genre, l'âge du bébé et la réalité de vulnérabilité sociale des familles

	Total [ET]	Réalités de vulnérabilité sociale				Différences statistiques <i>valeur p</i>		
		R1 [ET]	R2 [ET]	R3 [ET]				
À la naissance								
Filles					R1xR2	R1xR3	R2xR3	
Poids moyen (lbs)	7,2 [1,2]	7,2 [1,3]	7,2 [1,2]	7,2 [1,1]	0,99	0,99	1,00	
Garçons					R1xR2	R1xR3	R2xR3	
Poids moyen (lbs)	7,4 [1,2]	7,5 [1,0]	7,3 [1,9]	7,4 [0,9]	0,94	0,94	1,00	
Âge 4 ou 5 mois								
Filles					R1xR2	R1xR3	R2xR3	
Poids moyen 4 mois (lbs)	14,6 [1,6]	14,7 [1,3]	14,7 [1,5]	14,4 [2,4]	0,88	0,66	0,58	
Poids moyen 5 mois (lbs)	15,6 [3,9]	14,9 [3,2]	15,9 [2,1]	16,0 [4,9]	0,52	0,41	0,92	
Garçons					R1xR2	R1xR3	R2xR3	
Poids moyen 4 mois (lbs)	16,0 [1,8]	16,2 [2,1]	15,6 [1,6]	15,7 [1,2]	0,34	0,50	0,89	
Poids moyen 5 mois (lbs)	17,0 [2,0]	17,2 [2,0]	16,2 [1,8]	17,4 [2,2]	0,19	0,78	0,14	
Âge environ 1 an								
Filles					R1xR2	R1xR3	R2xR3	
Poids moyen (lbs)	21,4 [2,6]	21,6 [1,7]	20,7 [3,3]	21,9 [2,7]	0,48	0,72	0,29	
Garçons					R1xR2	R1xR3	R2xR3	
Poids moyen (lbs)	22,9 [2,3]	23,5 [2,3]	22,3 [2,5]	22,3 [2,2]	0,27	0,19	0,99	

Fait à signaler, lorsque les jeunes femmes évaluent la santé de leur bébé, elles témoignent qu'il est en «excellente» ou en «très bonne» santé selon des proportions similaires à celles rapportées par les mères de l'ECM (Agence de santé publique du Canada, 2009) et par l'ÉLDEQ (Desrosiers et al., 2012). Quand les catégories de réponse «excellente» et «très bonne» sont combinées, ces proportions sont de 94,4% et 88,7%, à 5 et 17 mois respectivement, pour la cohorte du PSJP; de 92,1% et 88,8% aux même temps de mesure dans

l'ÉLDEQ; et de 92,8% entre 5 et 14 mois de vie du bébé dans l'ECM. Bien qu'il s'agisse de perceptions, ceux-ci témoignent d'un facteur important de l'expérience de la maternité.

3.3 Commentaires

Trois commentaires s'imposent. Premièrement, dans le cadre de cette évaluation de programme, il n'était pas attendu que les issues de grossesse examinées soient *différentes* de données périnatales populationnelles disponibles dans des contextes comparables au Canada ou au Québec où des services dédiés sont généralement accessibles aux jeunes femmes enceintes de moins de 20 ans. À cet effet, le taux de naissance prématurés demeure un peu plus élevé pour les jeunes femmes de moins de 20 ans exposées à l'intervention PSJP, comparativement à des femmes de la population générale âgées de 20 à 34 ans. De plus, ce taux demeure plus élevé que la cible de «moins de 7,8%» visée par les *Priorités nationales de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2008, p. 43). Il s'agit d'une cible d'action qui nécessite vraisemblablement des changements à long terme et au sein des trajectoires de vie des jeunes, *avant même* la grossesse.

Deuxièmement, en ce qui a trait au taux d'accouchements par césarienne, différentes interprétations sont possibles. Le taux moins élevé noté ici comparativement à l'indice canadien pour les jeunes femmes de moins de 20 ans pourrait être le reflet de variations de pratiques à travers le Canada (ICIS, 2010). Par ailleurs, il n'est pas exclu que le taux d'accouchements par césarienne parmi les jeunes femmes de la cohorte de l'*Évaluation du PSJP* soit le reflet de la clientèle accompagnée par des services de première ligne, les grossesses plus à risque étant pris en charge par des services plus spécialisés.

Enfin, le taux important de données manquantes relativement aux poids des bébés²⁹ confirme qu'une collecte de données basée sur le carnet de santé de l'enfant lors de visites à domicile effectuées par des agentes de recherche est un choix hasardeux. Un examen préalable des dossiers cliniques avait motivé ce choix, ceux-ci n'étant pas d'emblée complétés en temps opportun. À l'avenir, dans la mesure où un tel indicateur est jugé important, il serait avisé de s'assurer que des mesures fiables soient effectuées avec du matériel suffisamment précis et calibré. Ceci comportera inévitablement des coûts non-négligeables. Autrement, il serait pertinent de vérifier dans quelle mesure le dossier électronique du patient pourrait devenir un outil de remplacement fiable du carnet de santé dans des recherches éventuelles. Ce défi de mesure, déjà considérablement documenté, demeure une préoccupation importante pour la surveillance de la croissance des enfants (Dieticians of Canada et al., 2010).

²⁹ À noter qu'il est de même pour les mesures de la taille du bébé.

ANNEXE E PORTRAIT DU DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS À 17 MOIS ET CONDITIONS ASSOCIÉES

1. Questions d'évaluation

Cette section aborde deux questions relatives au développement des enfants de la cohorte PSJP:

- 1) **Quel est le portrait du développement des enfants à 17 mois de vie?**
- 2) **Quelles sont les conditions associées à un développement non-optimal à cet âge?**

Le développement des enfants est considéré selon ses dimensions cognitive-langagière, motrice et socio-affective. Dans l'optique privilégiée pour cette évaluation de programme, l'attention est portée sur la détection de changements au regard du développement de l'enfant entre deux temps de mesure, soit entre 5 et 17 mois. De plus, tant des conditions qui renvoient aux réalités de vulnérabilité sociale des familles qu'à des dimensions de l'intervention et de son contexte (cf. Figure 2. Modélisation de la théorie du programme) sont examinées au regard de leur association possible avec le développement de l'enfant.

2. Instrumentation : le GED

La grille d'évaluation du développement des enfants (GED) est l'outil privilégié pour cette composante de l'*Évaluation du PSJP* (Dupuis & Martel, 2006; Vézina, 2005). Il s'agit d'un outil qui permet de vérifier si un enfant de 0 à 5 ans présente un retard dans les sphères cognitive et langagière, motrice et socio-affective, sans toutefois pouvoir établir un diagnostic. Les résultats du GED indiquent, pour chacune des trois sphères de développement, si l'enfant se situe dans une zone de confort, une zone à surveiller ou une zone nécessitant une référence vers un spécialiste. Développé par des chercheurs de l'Université de Montréal et de l'UQAM afin de répondre à une demande des intervenants et gestionnaires du Centre Jeunesse de Montréal, il s'agit d'un outil accessible à des intervenants œuvrant dans différents milieux en petite enfance, facile et rapide à administrer (30 minutes ou moins), d'interprétation simple, peu coûteux et possédant de bonnes qualités psychométriques. Depuis 2009, des normes québécoises francophones ont été établies pour le GED à partir d'un échantillon de 859 enfants âgés de 0 à 5 ans recrutés dans des services de garde, des haltes garderies et des organismes communautaires à travers le Québec (Mathieu, Dupuis, & Moreau, 2009). Des points de coupure rigoureux permettent de détecter des enfants pouvant présenter un retard de développement tout en minimisant le risque de référer des enfants vers des services spécialisés qu'ils ne requièrent pas, en plus d'inquiéter inutilement les parents. Le guide d'interprétation des scores ([thermomètre GED](#)) présente des repères selon 14 niveaux d'âge puisque l'instrument propose différentes activités aux enfants pour évaluer leur développement dans les trois sphères. Enfin, soulignons que le GED est maintenant utilisé dans les Centre jeunesse du

Québec, dans plusieurs CSSS et dans une nette majorité de Centres de la Petite Enfance du réseau de services de garde québécois. Cet instrument fait partie des outils recommandés pour l'intervention dans les équipes SIPPE par l'INSPQ (Beauregard, Comeau, & Poissant, 2010).

3. Traitement et analyse des données

3.1 Portrait du développement des enfants

Deux indicateurs ont été retenus pour examiner le développement des enfants, selon les trois dimensions du GED. Il s'agit 1) du score moyen et 2) du pourcentage d'enfants présentant un potentiel de développement non-optimal, soit ceux dont les scores GED figuraient dans les zones à *surveiller* ou de *référence* du guide d'interprétation (zones grises ou rouges du thermomètre GED).

Les **mesures de score moyen** du GED issues de la cohorte PSJP ont été comparées (tests de Student) avec ceux de l'étude de normalisation (Mathieu, Dupuis, & Moreau, 2009). Lorsqu'une différence statistique était détectée ($p \leq 0,10$), la taille d'effet a été examinée afin d'estimer la magnitude de la tendance par rapport à l'hypothèse nulle. À ce titre, une valeur $\leq 0,15$ est considérée une petite taille d'effet; une valeur d'environ 0,30 renvoie à une taille d'effet moyen; et une valeur $\geq 0,50$ représente une grande taille d'effet. Par ailleurs, la présentation des résultats comporte une distinction qu'il importe de préciser. Au temps de mesure de 5 mois, tant des instruments GED 3-6 mois que 6-9 mois ont été utilisés dans l'éventualité où un enfant a dû être rencontré plus tardivement que prévu pour la collecte de données. Au temps de mesure 17 mois, des instruments GED 15-18 mois et 18-21 mois ont été utilisés. Bien que les activités soumises à l'enfant soient différentes selon les périodes, les scores sont équivalents en termes de signification.

Les **mesures du pourcentage d'enfants de la cohorte PSJP présentant un potentiel de développement non-optimal** ont également été examinés à la lumière des données de l'étude de normalisation (Mathieu, Dupuis, & Moreau, 2009). De plus, pour chaque temps de mesure, les résultats relatifs aux trois dimensions du développement de l'enfant ont été comparés selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles (analyses de type ANOVA et tests de Student). Il importe toutefois de signaler que ces mesures du GED prennent une signification quelque peu différente selon le temps de mesure: à 5 mois, les résultats présentent le *premier portrait* du développement de l'enfant; tandis qu'à 17 mois, les résultats *incorporent un changement* qui a pu se produire depuis le premier temps de mesure.

Ainsi, **la mesure GED à 17 mois constitue l'indicateur privilégié pour réfléchir l'atteinte de la cible d'action du PSJP en ce qui a trait au développement de l'enfant:**

- un **développement satisfaisant** = un score GED dans la zone de confort à 17 mois, y incluant les bébés qui avaient un score non-optimal à 5 mois. Il s'agit donc du maintien

d'indices d'un développement satisfaisant *ou* d'une amélioration possible, cette dernière ayant été détectée chez moins de 10% des enfants.

- un **développement non-optimal** = un score GED dans les zones de surveillance ou de référence à 17 mois, y incluant les bébés qui avaient un score dans la zone de confort à 5 mois. Il s'agit du maintien d'indices d'un développement non-optimal *ou* d'une détérioration possible, laquelle a été détectée chez plus de 15% des enfants.

Cette classification a été retenue considérant les pourcentages relativement restreints d'enfants pour lesquels des changements ont été détectés entre les deux temps de mesure. La possibilité de dépister des retards potentiels de développement augmentant avec l'âge, une catégorisation différente pourrait être plus pertinente à des temps de mesure subséquents. En particulier, l'apport biologique inhérent au développement humain durant la première année de vie ne permet pas de déceler facilement les effets d'un environnement non-optimal sur le développement de l'enfant. Il est généralement plus aisé de déceler de tels effets durant la deuxième année de vie de l'enfant, la capacité de détection s'améliorant à partir de 20 mois environ (Ramey et Ramey, 1998; Vézina, 2005). Néanmoins, une taille d'échantillon de 262 cas à 17 mois présente suffisamment de puissance statistique pour les analyses suivantes: elle permet de détecter un rapport de risque de 1,5 à un seuil alpha de .05, avec une puissance de 80%. Chacun des 262 cas combine deux mesures GED, qu'elles aient été complétées lors d'une collecte de données effectuée auprès de l'enfant en présence de la mère ou de son partenaire. Autrement, les enfants pour lesquels une seule mesure GED a été documentée à 17 mois ne sont pas retenus pour ces analyses (n = 26 cas³⁰).

3.2 Conditions associées au développement de l'enfant

L'analyse des conditions associées au développement de l'enfant comporte trois étapes, partant d'analyses descriptives et bi variées et complétées par la réalisation d'analyses multi variées de type régression logistique. Il s'agit d'un processus itératif permettant de cerner les variables les plus significatives aux plans théorique et statistique. Une attention particulière est portée sur le potentiel de développement *non-optimal* des enfants afin de se doter de repères pour renforcer l'intervention auprès des familles.

i) **Première sélection de variables et analyses descriptives et bi variées**

Le développement de l'enfant étant postulé comme un processus résultant de l'interaction de diverses conditions personnelles et familiales potentiellement combinées à l'intensité d'exposition au PSJP et au contexte dans lequel se déroule l'intervention (cf. Figure 2. Modélisation de la théorie du programme), un examen approfondi des données recueillies aux

³⁰ Il s'agit de situations où il n'a pas été possible de compléter une mesure GED à 5 mois, l'enfant n'étant pas disponible ou disposé à participer. Aussi, des données se sont avérées contradictoires pour trois autres cas à 17 mois, ce qui a mené à leur exclusion.

différents temps de mesure auprès des parents, ainsi qu'un retour aux indicateurs témoignant de l'actualisation de l'intervention d'accompagnement privilégié auprès des familles, a été réalisé pour la sélection de variables. En prévision d'analyses bi-variées, les variables retenues devaient correspondre aux critères suivants:

- critère de plausibilité théorique appuyée par la littérature scientifique;
- critère de pertinence considérant la modélisation du programme et le potentiel explicatif déjà suggéré par les résultats de l'évaluation de l'axe Accompagnement des familles du PSJP (cf. Rapport 1); et
- critères statistiques de fiabilité et de variabilité suffisante. Ainsi, il devait y avoir moins de 20% de données manquantes ou contradictoires pour les variables continues et catégorielles. Par ailleurs, pour les variables catégorielles, il devait y avoir au moins 20% de répondants par niveau; et pour les variables continues, l'écart-type et l'étendue des données observées (minimum et maximum) par rapport à l'étendue attendue des échelles de mesures ont été considérées.

Le Tableau 9 (page suivante) résume les 34 indicateurs retenus selon des dimensions qui renvoient à des conditions de vulnérabilité, à l'exposition de la famille à l'intervention d'accompagnement privilégié ou au contexte. Tel que le suggère le libellé des indicateurs, certains combinent des données recueillies à plus d'un temps de mesure. Peu de données concernent directement le père de l'enfant ou le partenaire de la mère étant donné les critères statistiques retenus.

Ces variables sélectionnées, chacune a été considérée selon les *réalités de vulnérabilité sociale des familles* (analyses de type ANOVA, Khi-deux de Pearson et tests de Student) afin de déterminer l'association entre les indicateurs de l'expérience postnatale des familles et ce construit (R1, R2, R3) élaboré par l'équipe de recherche à partir de données recueillies en période prénatale. Des analyses bi variées ont également été complétées (Khi-deux de Pearson et tests de Student) entre ces indicateurs et ceux relatifs au développement cognitif-langagier ou moteur des enfants à 17 mois (développement satisfaisant vs. non-optimal). Les scores concernant le développement socio-affectif des enfants de la cohorte du PSJP étant particulièrement élevés, en plus de démontrer peu de variabilité comparativement aux deux autres dimensions du développement de l'enfant, il n'a pas été jugé pertinent de poursuivre des analyses à ce sujet.

Tableau 9. Indicateurs retenus en préparation d'analyses multi variées portant sur les conditions associées au développement de l'enfant à 17 mois

Dimensions	Indicateurs
Antécédents de la mère (traumatismes durant l'enfance ou l'adolescence*)	Abus émotionnel, niveau modéré ou plus
	Abus physique, niveau modéré ou plus
	Abus sexuel, niveau modéré ou plus
	Négligence physique, niveau modéré ou plus
	Au moins une forme d'abus (sex, phys ou émo), niveau modéré ou plus
	Score moyen échelle globale trauma durant enfance/adolescence
Conditions de vie des parents	Mère, principale source de revenu, État; bébé 17 mois
	Mère, utilisation de ressources/services, au moins une fois au cours dernière année, pour obtenir aide instrumentale; bébé 17 mois
	Adéquation des ressources matérielles*; bébé 17 mois
Réseau / Ressources	Mère, même partenaire; bébé 5 à 17 mois
	Mère, satisfaction du soutien conjugal*; bébé 17 mois
	Mère, nombre de personnes dans réseau de soutien (relations positives); bébé 17 mois
	Contact avec DPJ; bébé 5 à 17 mois
	En CPE, milieu de garde ou a utilisé halte répit/garderie; bébé 5 à 17 mois
	Recours à ateliers de stimulation ou activités parents-enfants; bébé 5 à 17 mois
Condition psychologique et de santé de la mère	Mère, perception de sa santé; bébé 17 mois
	Mère, nouvelle grossesse; bébé 5 et 17 mois
	Mère, détresse psychologique*; bébé 17 mois
Santé du bébé	Blessures ou problèmes physiques importants; bébé 5 à 17 mois
	Mère, perception état de santé du bébé; bébé 5 et 17 mois
Parentalité	Mères, sensibilité parentale*; bébé 5 mois
	Mères, indice stress parental, interaction parent-enfant dysfonctionnelle*; bébé 17 mois
	Mères, indice stress parental, détresse parentale*; bébé 17 mois
	Lecture avec l'enfant; bébé 17 mois
Exposition à l'intervention d'accompagnement privilégié	Intervention d'accompagnement privilégié, quel que soit le lieu, en personne ou au téléphone, trois périodes: bébé 6 semaines – 6 mois; 7-12 mois; 13-18 mois
	Intervention d'accompagnement privilégié, visites à domicile, trois périodes: bébé 6 semaines – 6 mois; 7-12 mois; 13-18 mois
	Contact avec PSJP depuis 3 derniers mois, lorsque famille rencontrée à 17 mois
	Contact avec PSJP ou tout autre service du RLS depuis 3 derniers mois, lorsque famille rencontrée à 17 mois
	Famille toujours en contact avec PSJP lorsque bébé âgé 19-24 mois
Indicateur du contexte	Famille dans CSSS qui attribue $\geq 70\%$ du budget PSJP à l'axe AF**

* Les informations relatives aux qualités psychométriques des instruments sont présentées à l'Annexe H.4

** À titre de rappel, cet indicateur a démontré une association significative avec diverses variables témoignant de l'organisation du PSJP, au niveau local (cf. Rapport 1). Il s'agit d'un indicateur qui rend compte de décisions régionales dans l'attribution de ressources en 2006 et qui permet de distinguer les équipes qui attribuaient plus ($\geq 70\%$) ou moins ($< 70\%$) du budget PSJP à l'intervention d'accompagnement individualisée auprès des familles comparativement au volet CEF du programme.

À terme, des associations statistiquement significatives ou des tendances statistiques ont été relevées entre 14 des 34 indicateurs retenus et le construit de réalité de vulnérabilité sociale des familles ou les indicateurs GED de développement cognitif-langagier ou moteur des enfants à 17 mois. Une matrice de corrélations de Pearson a permis d'identifier quatre variables fortement corrélées entre elles ou avec d'autres variables ($r \geq 0,50$), ce qui a permis d'éliminer celles-ci pour la poursuite des analyses. Le Tableau 10 présente les 10 indicateurs retenus au terme de cette première phase d'analyses portant sur les conditions associées au développement des enfants à 17 mois, en prévision d'analyses multi variées.

Tableau 10. Dix indicateurs résultant de la première phase d'analyse des conditions associées au développement de l'enfant à 17 mois

Dimensions	Indicateurs
Antécédents de la mère (traumatismes durant l'enfance ou l'adolescence*)	Négligence physique, niveau modéré ou plus
	Au moins une forme d'abus (sex, phys ou émo), niveau modéré ou plus
Conditions de vie des parents	Mère, principale source de revenu, État; bébé 17 mois
Réseau / Ressources	Mère, même partenaire; bébé 5 à 17 mois
	Contact avec DPJ; bébé 5 à 17 mois
Condition psychologique et de santé de la mère	Mère, détresse psychologique*; bébé 17 mois
Santé du bébé	Blessures ou problèmes physiques importants ; bébé 5 à 17 mois
Parentalité	Mères, indice stress parental, interaction parent-enfant dysfonctionnelle*; bébé 17 mois
	Lecture avec l'enfant; bébé 17 mois
Indicateur du contexte	Famille dans CSSS qui attribue $\geq 70\%$ du budget PSJP à l'axe AF

* Les informations relatives aux qualités psychométriques des instruments sont présentées à l'Annexe H.4

ii) Régressions logistiques préliminaires

Considérant le nombre relativement élevé d'indicateurs retenus ($n = 10$); leur interaction possible avec le construit de réalité de vulnérabilité sociale des familles (R1, R2 ou R3); et que des indicateurs différents soient vraisemblablement associés au développement cognitif-langagier ou au développement moteur des enfants à 17 mois: des analyses de régression

logistique ont été réalisées afin de préciser les indicateurs à considérer pour les analyses subséquentes. Le modèle suivant a été retenu:

$$\text{GED} \leftrightarrow [(\text{R1 et R2}) \times \text{R3}] \times \text{Vi} \times [\text{Vi} \times \text{R}]$$

GED = mesure de développement cognitif-langagier *ou* moteur, satisfaisant ou non-optimal;

[(R1 et R2) x R3] = la réalité de vulnérabilité sociale des familles, R3 étant contrastée avec R1 et R2 étant donné l'hypothèse d'une vulnérabilité plus importante (cf. Rapport 1);

Vi = un des 10 indicateurs; et

[Vi x R] = interaction entre l'indicateur sélectionné et la réalité de vulnérabilité sociale des familles

Ainsi, au lieu d'effectuer une régression logistique pour la mesure du développement cognitif-langagier et une autre pour la mesure du développement moteur qui auraient, chacune, combiné les 10 indicateurs (Vi) ainsi que leurs interactions avec le construit de réalité de vulnérabilité sociale (ce qui aurait donné lieu à 20 variables dans chaque modèle), une seule régression par indicateur Vi et son interaction avec R a été réalisée afin d'éliminer les Vi non significatives. Autrement dit, 20 régressions logistiques ont été réalisées, soit 10 pour chacune des mesures de développement GED (cognitif-langagier ou moteur). Ceci a permis d'examiner l'association entre chacun des 10 indicateurs retenus avec la mesure GED, tout en considérant son interaction avec le construit de vulnérabilité sociale. À terme, les indicateurs qui démontreraient une association statistique ($p \leq 0,10$) avec la mesure GED **ou** dont l'interaction avec le construit de vulnérabilité sociale suggérait une association statistique ($p \leq 0,10$) avec la mesure GED furent retenus.

Le Tableau 11 présente les indicateurs retenus, selon les dimensions qu'ils représentent, pour la poursuite des analyses multi variées en ce qui a trait aux conditions associées au développement cognitif-langagier et moteur des enfants à 17 mois. Quatre indicateurs ont démontré une association avec la mesure GED du développement cognitif-langagier, en interaction ou non avec le construit de vulnérabilité sociale; tandis que trois indicateurs ont démontré une association avec la mesure GED du développement moteur, en interaction ou non avec le construit de vulnérabilité sociale. La direction des associations n'est pas rapportée dans ce qui suit, l'intention étant de cerner les indicateurs à retenir pour le modèle final des analyses multi variées. À l'exception d'un indicateur (celui dénotant le contexte d'intervention), des variables différentes sont associées au développement cognitif-langagier ou moteur de l'enfant.

Tableau 11. Indicateurs retenus pour l'examen des conditions associées au développement cognitif langagier ou moteur de l'enfant à 17 mois

Développement cognitif langagier de l'enfant, 17 mois	
Dimensions	Indicateurs
Antécédents de la mère	Négligence physique, niveau modéré ou plus*
Parentalité	Mères, indice stress parental, interaction parent-enfant dysfonctionnelle*; bébé 17 mois
	Lecture avec l'enfant; bébé 17 mois
Indicateur du contexte	Famille dans CSSS qui attribue $\geq 70\%$ du budget PSJP à l'axe AF**
Développement moteur de l'enfant, 17 mois	
Dimensions	Indicateurs
Conditions de vie des parents	Mère, principale source de revenu, État; bébé 17 mois
Réseau / Ressources	Mère, même partenaire; bébé 5 à 17 mois
Indicateur du contexte	Famille dans CSSS qui attribue $\geq 70\%$ du budget PSJP à l'axe AF

* Les informations relatives aux qualités psychométriques des instruments sont présentées à l'Annexe H.4

iii) Régressions logistiques finales

Les dernières analyses multi variées comportent des analyses de régression logistique selon la méthode d'entrée sans sélection statistique automatique et le modèle suivant :

$GED \leftrightarrow Vi \times R \times [R \times Vi]$
<p>GED = mesure de développement cognitif langagier <i>ou</i> moteur, satisfaisant ou non-optimal; Vi = les indicateurs retenus R = la réalité de vulnérabilité sociale des familles [R x Vi] = interaction entre chaque indicateur retenu et la réalité de vulnérabilité sociale des familles</p>

Ainsi, pour le GED cognitif langagier, 4 indicateurs (Vi) + le construit de vulnérabilité sociale (R) + 4 interactions (Vi x R) ont été soumis à l'analyse de régression logistique; et pour le GED moteur, 3 indicateurs (Vi) + le construit de vulnérabilité sociale (R) + 3 interactions (Vi x R) ont été soumis à la même analyse afin d'identifier les conditions associées au développement non-optimal (vs. satisfaisant) des enfants à 17 mois et leur rôle relatif en termes de rapport de risque.

Au vu des résultats de ces deux analyses, seules les variables et les interactions statistiquement significatives ($p \leq 0,10$) ont été introduites dans un modèle final de régression logistique afin

d'obtenir uniquement les rapports de risques associés à ces indicateurs significatifs et non des rapports de risque produits lorsque des variables non significatives sont conservées dans le modèle. Des analyses de type ANOVA ou Khi-deux de Pearson ont complété ces analyses lorsque les interactions suggéraient des différences selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles.

4. Résultats

Quel est le portrait du développement des enfants à 17 mois?

4.1 Les scores moyens des mesures GED

Le Tableau 12 présente les scores moyens des mesures GED pour les enfants de la cohorte PSJP et ceux de l'étude de normalisation (Mathieu, Dupuis, & Moreau, 2009), selon l'âge des bébés.

Tableau 12. Scores moyens des mesures GED des enfants de la cohorte PSJP et de l'étude de normalisation, selon l'âge des bébés

Mesures GED	Scores moyens [ET]		Statistiques comparatives Valeur <i>p</i> (taille d'effet)*
	Étude de normalisation ¹	Bébés PSJP ²	
Bébés 5 mois			
Cognitif-langagier	0-6 mois: 68 [17]	0-6 mois: 67,5 [14,0]	0,90
	6-12 mois: 59 [16]	6-12 mois: 64,8 [14,4]	0,11 (0,15)
Moteur	0-6 mois: 60 [18]	0-6 mois: 65,2 [16,2]	0,28
	6-12 mois: 65 [18]	6-12 mois: 72,0 [19,7]	0,10 (0,15)
Socio-affectif	0-6 mois: 91 [12]	0-6 mois: 92,5 [6,7]	0,63
	6-12 mois: 81 [11]	6-12 mois: 85,5 [8,2]	0,06 (0,18)
Bébés 17 mois			
Cognitif-langagier	15-18 mois: 63 [19]	15-18 mois: 57,3 [14,7]	0,04 (0,13)
	18-21 mois: 63 [18]	18-21 mois: 62,7 [16,3]	0,92
Moteur	15-18 mois: 58 [21]	15-18 mois: 60,2 [17,0]	0,46
	18-21 mois: 68 [18]	18-21 mois: 66,4 [21,5]	0,65
Socio-affectif	15-18 mois: 90 [8]	15-18 mois: 94,4 [8,3]	0,0003 (0,23)
	18-21 mois: 89 [8]	18-21 mois: 92,9 [6,0]	0,003 (0,26)

¹ Pour fins de comparaison, les scores moyens de l'étude de normalisation sont ceux produits pour les niveaux d'âge 0-6 et 6-12 mois; et 15-18 et 18-21 mois.

² N = 359 bébés à 5 mois et 262 bébés à 17 mois.

* La taille d'effet est indiquée lorsque la valeur $p \leq 0,10$. Il s'agit de petites ou de moyennes tailles d'effet.

Trois constats s'imposent. Premièrement, tous les scores moyens des mesures GED des bébés de la cohorte PSJP suggèrent la **zone de confort** en ce qui a trait au développement cognitif-langagier, moteur et socio-affectif aux environs de 5 et 17 mois.

Deuxièmement, lorsque les scores moyens des mesures GED cognitif-langagier et moteur des bébés de la cohorte PSJP sont comparés avec ceux de l'étude de normalisation, qu'il s'agisse de bébés âgés aux environs de 5 mois ou de 17 mois, les différences sont négligeables. Soit les valeurs de p sont non significatives ou que les tailles d'effet notées sont petites lorsque les valeurs $p \leq 0,10$.

Troisièmement, les scores moyens des mesures de développement socio-affectif des bébés de la cohorte du PSJP, particulièrement à 17 mois, apparaissent significativement plus élevés que ceux de l'étude de normalisation. Cependant, la signification *clinique* de cette différence s'avère négligeable, dans la mesure où ces scores renvoient tous à la zone de confort.

Considérant que les parents des enfants de l'étude de normalisation du GED vivaient majoritairement en couple (92.7 %); avaient un niveau de scolarité passablement élevé, en grande partie de niveau collégial ou universitaire; que les deux tiers des couples ont rapporté un revenu familial annuel de plus de \$60 000.00; et que plus de 65 % des mères et plus de 79 % des pères travaillaient à temps complet (Mathieu, Dupuis, & Moreau, 2009), l'on aurait pu s'attendre à des différences : les conditions de vie des familles de l'étude québécoise de normalisation sont différentes de celles des familles ayant participé à l'évaluation du PSJP. À cet effet, les jeunes parents rapportent des niveaux de scolarité moins élevés³¹ et l'aide financière de l'État comme source principale de revenu dans près de 40% des cas.

4.2 Le pourcentage d'enfants de la cohorte PSJP présentant un potentiel de développement non-optimal

Le Tableau 13 montre le pourcentage d'enfants présentant un potentiel de développement non-optimal pour l'étude de normalisation et pour la cohorte PSJP selon l'âge des bébés. Ces mesures sont également présentées selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles de la cohorte PSJP. Trois constats s'ajoutent aux précédents.

Premièrement, à environ 17 mois, au moins un bébé sur 5 de la cohorte de l'*Évaluation du PSJP* serait en retard potentiel de développement cognitif-langagier (21,5%); au moins un sur 10 au niveau moteur (11,5%) ; et au moins un sur 20 au niveau socio-affectif (5,3%).

Deuxièmement, il n'y a pas de différences statistiquement significatives selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles en ce qui a trait à un retard potentiel de développement des bébés de la cohorte de l'*Évaluation du PSJP*, que ce soit à environ 5 ou 17 mois de vie.

³¹ Près de 75% des jeunes mères avaient soit quitté l'école secondaire avant l'âge de 17,5 ans ou n'avaient pas terminé leur secondaire 5 si elles avaient plus de 17,5 ans au moment de leur grossesse; et 70% des pères des bébés de la cohorte PSJP n'avaient pas terminé leurs études secondaires (cf. Rapport 1).

Tableau 13. Pourcentage d'enfants présentant un potentiel de développement non-optimal selon l'âge des bébés : étude de normalisation et la cohorte PSJP selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles

Mesures GED	% enfants qui présentent un potentiel de développement non-optimal					Statistiques comparatives Valeur p		
	Étude de normalisation ^{1,2}	Bébés PSJP ³	Réalité de vulnérabilité sociale, bébés PSJP					
			R1	R2	R3			
Bébés 5 mois						R1xR2	R1xR3	R2xR3
Cognitif-langagier	11,8%	11,7%	26,8%	36,6%	36,6%	0,59	0,59	1,00
Moteur	0	6%	40,0%	35,0%	25,0%	0,84	0,56	0,71
Socio-affectif	5,9%	3,4%	36,4%	36,4%	27,3%	1,00	0,80	0,80
Bébés 17 mois						R1xR2	R1xR3	R2xR3
Cognitif-langagier	18,8%	21,5%	44,6%	21,4%	33,9%	0,13	0,47	0,44
Moteur	7,7%	11,5%	26,7%	36,7%	36,7%	0,64	0,64	1,00
Socio-affectif	8,5%	5,3%	42,9%	35,7%	21,4%	0,81	0,49	0,65

¹ Pour fins de comparaison, les pourcentages de l'étude de normalisation sont ceux produits pour les niveaux d'âge 3 à 9 mois et 15 à 21 mois.

² Seulement 17 enfants âgés entre 3 et 9 mois font partie de l'étude de normalisation.

³ N = 359 bébés à 5 mois et 262 bébés à 17 mois.

Troisièmement, considérant le petit nombre d'enfants âgés entre 3 et 9 mois ayant participé à l'étude de normalisation, il n'y a pas de différences *notables* entre les normes québécoises disponibles et les mesures effectuées auprès des bébés de la cohorte de l'Évaluation du PSJP en ce qui a trait au pourcentage d'enfants présentant un potentiel de développement non-optimal aux plans cognitif-langagier, moteur ou socio-affectif. De plus, ces différences n'apparaissent pas importantes (de l'ordre de 3 à 4%) en ce qui a trait aux mesures effectuées à 17 mois.

Néanmoins, vue les conditions de vie des familles accompagnées par les intervenantes du PSJP et l'accroissement du pourcentage d'enfants présentant un potentiel de développement cognitif-langagier non-optimal entre 5 et 17 mois (+10%), ainsi qu'une augmentation d'environ

6% en termes de potentiel de développement moteur non-optimal entre 5 et 17 mois, il n'est pas exclu que des différences significatives soient détectées à un âge plus avancé.

4.3 Les conditions associées au développement cognitif langagier et moteur de l'enfant à 17 mois

Dans ce qui suit, la combinaison des conditions associées au développement non-optimal des enfants de la cohorte PSJP à 17 mois, aux plans cognitif-langagier et moteur, sont présentées afin de cerner des zones potentielles de renforcement de l'intervention auprès des familles. Au préalable, un examen des indicateurs qui ont été *exclus* au fil des analyses bi variées et des premières analyses multi variées, puisque non-associées au développement des enfants, s'avère informatif.

4.3.1 Des conditions qui ne sont pas associées au développement cognitif-langagier et moteur des enfants de la cohorte PSJP à 17 mois

À travers le processus itératif d'analyse statistique décrit précédemment, 28 des 34 indicateurs présélectionnés sur la base de critères théoriques, empiriques et statistiques ont été exclus (cf. tableaux 9, 10 et 11).

Cela n'est pas surprenant, à prime abord, étant donné le potentiel d'une forte corrélation entre certains indicateurs. Dans ces cas, il était nécessaire d'effectuer des choix plus fins. Par exemple, il a été jugé pertinent d'exclure l'indice de détresse parentale (Abidin, 1995) des analyses subséquentes puisqu'il s'est avéré fortement corrélé ($r = 0,58$) avec l'indice d'interaction parent-enfant dysfonctionnel de la même mesure de l'*Inventaire du stress parental* et, de même ($r = 0,47$), avec une autre mesure de détresse psychologique (*Mesure de manifestations de la détresse psychologique*; Massé et al., 1998). Par ailleurs, la mesure de sensibilité parentale effectuée à 5 mois de vie du bébé (*Échelle de sensibilité parentale*; Bell, 2008) étant modérément corrélée ($r = 0,39$) avec l'indice d'interaction parent-enfant dysfonctionnel de la mesure de l'*Inventaire du stress parental* effectuée à 17 mois de vie du bébé, il a été jugé plus pertinent de retenir ce dernier indice étant donné ses qualités psychométriques vérifiées dans divers contextes.

Selon la même logique, cinq des six marqueurs de traumatismes vécus par la mère durant son enfance ou adolescence ont été exclus, ne laissant qu'un seul jugé satisfaisant. Parmi ces six indicateurs, chacune des mesures d'abus émotionnel, physique et sexuel, ainsi que le score moyen global de trauma, ont été exclus puisqu'ils présentent de fortes corrélations de Pearson (variant de 0,50 à 0,76) avec l'indicateur signalant «au moins une forme d'abus de niveau modéré ou plus» durant l'enfance ou l'adolescence de la mère.

De même, en ce qui a trait aux conditions de vie des parents, une des mesures éliminées témoigne d'une utilisation généralement faible de ressources pour obtenir de l'aide instrumentale. Ceci renforce, à nouveau, le constat déjà formulé (cf. Rapports 1 et 2) à l'effet que l'intervention PSJP est principalement déployée au sein du CSSS, plutôt qu'en collaboration avec des ressources du RLS qui ont donc potentiellement moins d'impact direct sur la trajectoire des familles. Autrement, il est notable que la mesure de satisfaction, généralement élevée, au regard de l'adéquation des ressources matérielles ne soit pas associée ni aux mesures GED, ni à l'expérience de vulnérabilité sociale des familles. Ceci confirme l'observation déjà maintes fois documentée (Tarabulsky, Provost, Drapeau, & Rochette, 2009) que de telles mesures subjectives ne soient pas d'emblée le reflet de conditions de vie plus objectives (tel le revenu, par exemple).

D'autre part, il est remarquable que, malgré leur pertinence théorique, des indicateurs ayant trait au réseau des familles, y incluant leur exposition à l'intervention d'accompagnement privilégiée du PSJP, ne s'avèrent pas associés aux mesures GED de développement cognitif-langagier ou moteur des enfants à 17 mois. De plus, ni la condition psychologique ou des indices relatifs à la santé de la mère, sont associées à des mesures de développement de l'enfant, contrairement à ce que d'autres études ont déjà rapporté (Voir El Hachem, 2011; Moreau et El Hachem, 2012; Moreau et al., 1998; Pomerleau et al., 2005 Shonkoff et Meisels, 2000; Shonkoff et Phillips, 2000). Les Tableaux 14 et 15 présentent ces résultats³².

Tableau 14. Conditions qui ne sont pas associées au développement cognitif-langagier et moteur des enfants de la cohorte PSJP à 17 mois

Conditions		GED moteur *			GED cognitif-langagier *		
		Non-optimal	Satisfaisant	Valeur p	Non-optimal	Satisfaisant	Valeur p
Réseau	Mère, score moyen satisfaction du soutien conjugal; bébé 17 mois	4,5	4,7	0,58	4,6	4,7	0,67
	Mère, nombre de personnes dans réseau de soutien (relations positives)	14,7	15,2	0,74	14,8	15,2	0,74
	% contact avec DPJ; bébé 5 à 17 mois	20,0%	12,9%	0,29	16,1%	13,2%	0,58
	% en CPE, milieu de garde ou a utilisé halte répit/garderie; bébé 5 à 17 mois	50,0%	52,5%	0,80	46,4%	54,1%	0,31
	% recours à ateliers de stimulation ou activités	13,3%	10,7%	0,76	8,9%	11,2%	0,63

³² Il est à noter que certaines variables, dont l'expérience maternelle d'abus (toutes formes confondues) et la détresse psychologique de la mère durant la dernière année, même si exclues des analyses multi variées subséquentes, sont significativement associées avec les réalités de vulnérabilité sociale des familles, lequel indicateur est inclus dans les modèles de régression logistique.

Conditions		GED moteur *			GED cognitif-langagier *		
		Non-optimal	Satisfaisant	Valeur p	Non-optimal	Satisfaisant	Valeur p
	parents-enfants; bébé 5 à 17 mois						
Santé de la mère	% perception de sa santé, bonne à excellente; bébé 17 mois	73,3%	77,7%	0,59	78,6%	76,6%	0,76
	Score moyen détresse psychologique; bébé 17 mois	2,0	1,9	0,55	2,0	1,9	0,69
	% nouvelle grossesse; bébé 5 à 17 mois	20,0%	18,8%	0,87	16,1%	19,8%	0,53
Exposition à l'intervention PSJP	% contact avec PSJP, 15-18 mois	66,7%	53,4%	0,17	53,6%	55,1%	0,84
	% contact avec PSJP ou autres ressources, 15-18 mois	70,0%	61,6%	0,37	62,5%	62,4%	0,99
	% familles toujours en contact avec PSJP durant période 19-24 mois	46,4%	51,2%	0,63	48,2%	51,6%	0,70

* Bien que la taille d'échantillon soit de 262 cas pour lesquels des mesures GED complètes sont disponibles, les dénominateurs varient pour chaque variable, selon les données disponibles et le type de question. Pour fins de clarté, ils ne sont pas indiqués. Toutefois, ils ont été vérifiés et validés. Seuls les résultats fiables sont rapportés.

Tant l'indice de satisfaction du soutien conjugal («plutôt satisfaisant à satisfaisant», en moyenne, lorsque les mères ont un partenaire, ce qui est le cas pour 71,4% d'entre elles) que le nombre de personnes constituant le réseau social des jeunes femmes sont demeurés comparables aux données prénatales (cf. Rapport 1). Cela ne signifie pas pour autant que leur situation de vie soit comparable dans la mesure où près du tiers des jeunes femmes ont changé de partenaire durant la période de 5 à 17 mois de vie du bébé. De plus, les entretiens en profondeur (cf. Rapport 1) suggèrent que le réseau social des jeunes familles a changé avec la venue du bébé, pour y inclure d'autres familles avec de jeunes enfants.

Par ailleurs, il est à noter que l'expérience d'un contact avec la DPJ, que ce soit pour l'enfant ou pour un des jeunes parents, n'est pas associée aux mesures du développement de l'enfant. Sans information quant aux motifs de signalement, ce résultat est difficile à interpréter. Néanmoins, parmi les familles qui ont rapporté un contact avec la DPJ lorsque le bébé était âgé entre 5 et 17 mois, environ 1 enfant sur 5 était potentiellement en situation de développement non-optimal au niveau moteur, selon le GED. La question demeure à savoir si un dépistage plus systématique du développement des enfants pourrait avoir une incidence sur les signalements à la DPJ.

En ce qui a trait à la perception des mères relativement à leur santé lorsque leur bébé est âgé de 17 mois, il s'agit d'un pourcentage moins élevé que ce qui a été rapporté avant la grossesse (86%) et durant la grossesse (88%); tandis que le score moyen de détresse psychologique demeure comparable. Bref, ni la perception de l'état de santé, ni l'expérience de détresse psychologique ou l'amorce d'une nouvelle grossesse ne semblent avoir d'incidence sur des processus inhérents au développement de l'enfant pour la cohorte du PSJP, à court terme du moins.

D'autre part, l'on aurait pu s'attendre à ce que le recours à des services de garde ou à des ateliers de stimulation permette de distinguer des différences quant aux mesures de développement des enfants. Cependant, l'absence d'associations significatives au plan statistique ne doit pas être interprétée comme étant conclusive. Les mesures retenues pour l'analyse ne tiennent pas compte de l'intensité de l'exposition à ces différentes ressources. Des analyses ultérieures à ce sujet seraient donc indiquées, notamment pour distinguer le nombre d'heures d'exposition hebdomadaire, selon le type de ressource et l'âge de l'enfant.

Enfin, bien que l'attrition des familles ait déjà été signalée en ce qui a trait à la durée d'exposition à l'intervention d'accompagnement offert par les intervenantes du PSJP (cf. Rapport 1), il est pour le moins intéressant de constater que les familles qui demeurent en contact plus prolongé avec le programme ne se distinguent pas des autres familles quant aux mesures de développement de l'enfant aux plans cognitif-langagier ou moteur. Un examen des indices d'intensité, au tableau suivant, s'avère d'ailleurs révélateur.

Tableau 15. Exposition à l'intervention d'accompagnement privilégié: indices d'intensité selon les mesures de développement moteur et cognitif-langagier des enfants de la cohorte PSJP à 17 mois

Exposition à l'intervention d'accompagnement privilégié	GED moteur			GED cognitif-langagier		
	Indices intensité [I.C. 95%]		Valeur <i>p</i>	Indices intensité [I.C. 95%]		Valeur <i>p</i>
	Non optimal	Satisfaisant		Non optimal	Satisfaisant	
Accompagnement privilégié						
Indice 6 semaines – 6 mois	1,12 [0,80 – 1,43]	1,12 [1,00 – 1,24]	0,98	1,22 [0,97 – 1,48]	1,08 [0,96 – 1,21]	0,32
Indice 7-12 mois	0,93 [0,45 – 1,40]	0,82 [0,70 – 0,93]	0,54	0,96 [0,63 – 1,29]	0,79 [0,68 – 0,90]	0,23
Indice 13-18 mois	0,80 [0,46 – 1,14]	0,84 [0,70 – 0,99]	0,84	0,87 [0,56 – 1,18]	0,82 [0,67 – 0,96]	0,75
Visites à domicile						
Indice 6 semaines – 6 mois	0,59 [0,40 – 0,79]	0,68 [0,61 – 0,76]	0,45	0,72 [0,58 – 0,86]	0,66 [0,57 – 0,74]	0,49
Indice 7-12 mois	0,48 [0,19 – 0,76]	0,49 [0,41 – 0,57]	0,89	0,58 [0,37 – 0,79]	0,47 [0,38 – 0,55]	0,22
Indice 13-18 mois	0,32 [0,15 – 0,48]	0,46 [0,37 – 0,55]	0,25	0,46 [0,28 – 0,63]	0,43 [0,34 – 0,52]	0,81

Les résultats du Tableau 15 apparaissent décevants, à prime abord, dans le cadre de l'évaluation d'un programme. Ces résultats suggèrent que l'intensité de l'intervention d'accompagnement privilégiée, qui comporte des contacts en personne, quel que soit le lieu ou au téléphone, durant les 18 premiers mois de vie de l'enfant (à l'exclusion des 6 premières semaines de suivi postnatal hebdomadaire) *n'est pas associée* aux cibles d'action du PSJP que sont le développement cognitif-langagier et moteur d'enfants âgés de 17 mois. Il en est de même si l'on ne considère que les contacts réalisés à domicile seulement: l'intensité des visites à domicile, quelle que soit la période examinée durant les 18 premiers mois de vie du bébé, *n'est pas différente* entre les familles dont les enfants présentent un potentiel de développement non-optimal et celles dont les enfants présentent un développement satisfaisant aux niveaux cognitif-langagier ou moteur à 17 mois. Tant le pourcentage moins élevé d'enfants présentant un potentiel de développement non-optimal (cf. résultats Tableau 13) que les pratiques diversifiées du suivi du développement des enfants pourraient être en cause. Toutefois, les résultats suivants apportent une perspective supplémentaire quant à ces résultats.

4.3.2 Les conditions associées au développement cognitif langagier et moteur des enfants de la cohorte PSJP à 17 mois

Quelles sont les conditions associées à un développement non-optimal à 17 mois?

Tant des conditions qui renvoient à des **réalités de vulnérabilité sociale des familles** qu'au **contexte de l'intervention** sont associées aux indicateurs de développement cognitif-langagier et moteur des enfants à 17 mois.

En ce qui a trait au **développement cognitif-langagier des enfants à 17 mois**:

- ⇒ Les enfants qui ne sont *pas* exposés à des adultes signifiants qui ont le temps de lire avec eux ont **2,8** fois plus de probabilités de se retrouver en situation potentielle de développement cognitif-langagier non-optimal [I.C 95% : 1,4 – 5,7] ($p = 0,005$), comparativement à ceux qui sont exposés à la lecture avec des adultes signifiants.
- ⇒ Les enfants dont les familles sont exposées au PSJP dans un CSSS qui attribuait *moins* de 70% du budget du programme à l'accompagnement des familles, dès 2006, ont **2,1** fois plus de probabilités de se retrouver en situation potentielle de développement cognitif-langagier non-optimal [I.C 95% : 1,0 – 4,1] ($p = 0,04$), comparativement aux enfants dont les familles sont exposées au PSJP dans un CSSS qui attribuait *70% ou plus* du budget du programme à l'accompagnement des familles, en 2006.
- ⇒ Par ailleurs, des interactions indiquant des associations selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles suggèrent ce qui suit:
 - Dans les familles du regroupement **R3**, le score moyen d'interaction parent-enfant dysfonctionnel de la mesure de l'*Inventaire du stress parental* (Abidin, 1995) réalisée à

17 mois est significativement plus élevé ($p = 0,01$) lorsque les enfants présentent un potentiel de développement cognitif-langagier non-optimal (score = 21,3), comparativement à ceux présentant un développement satisfaisant (score = 17,6). Bien qu'il ne s'agit pas de scores dépassant le seuil clinique établi à 26 (Bigras, Lafrenière & Abidin, 1996), ces tendances sont notables dans la mesure où ces différences sont notées uniquement dans les familles du regroupement R3, soit celles qui semblent cumuler davantage de conditions de vulnérabilité sociale avant ou au début de la grossesse (cf. Rapport 1). Les différences de scores relatives à l'interaction parent-enfant dysfonctionnel sont non-significatives pour les familles des regroupements R1 ($p = 0,34$) et R2 ($p = 0,98$).

- L'expérience maternelle de négligence physique de niveau modérée ou plus est significativement associée au développement cognitif-langagier des enfants des familles du regroupement **R3** ($p = 0,007$) comparativement aux enfants des familles des regroupements R1 ($p = 0,72$) et R2 ($p = 0,72$). Ainsi, s'ils vivent dans une famille du regroupement R3 et que la mère a vécu de la négligence physique de niveau modéré ou plus durant son enfance ou son adolescence, les enfants ont **4,2** fois plus de probabilités de présenter un potentiel de développement cognitif-langagier non-optimal [I.C 95% : 1,4 – 12,6] comparativement aux enfants de ces familles (R3) dont les mères n'ont pas vécu cette forme de maltraitance. Ces probabilités ne sont pas significatives pour les enfants vivant dans des familles des regroupements R1 [OR 1,2; I.C 95% : 0,4 – 3,3] ou R2 [OR 1,3; I.C 95% : 0,3 – 5,6] que les mères aient vécues ou non une telle forme de maltraitance.

En ce qui a trait au **développement moteur des enfants à 17 mois**:

- ⇒ Les enfants qui vivent dans des familles dont la source principale de revenu de la mère est l'État (plutôt que d'autres sources de revenu) ont **3,5** fois plus de probabilités de se retrouver en situation potentielle de développement moteur non-optimal [I.C 95% : 1,3 – 9,5] ($p = 0,012$).
- S'ils vivent dans une famille du regroupement **R1** dont la source principale de revenu de la mère est l'État (plutôt que d'autres sources de revenu), ces enfants ont **5,8** fois plus de probabilités [I.C 95% : 1,3 – 26,3] de présenter un potentiel de développement moteur non-optimal ($p = 0,012$).
- S'ils vivent dans une famille du regroupement **R2** dont la source principale de revenu de la mère est l'État (plutôt que d'autres sources de revenu), ces enfants ont **10,8** fois plus de probabilités [I.C 95% : 1,3 – 90,1] de présenter un potentiel de développement moteur non-optimal ($p = 0,009$).

- Par contre, si ces enfants vivent dans une famille du regroupement R3, la principale source de revenu, qu'il s'agisse de l'État ou non, n'est pas associée à leur développement moteur [OR 0,86; I.C 95% : 0,2 – 3,1] ($p = 0,82$).

Ainsi, si la principale source de revenu de la mère est l'État lorsque le bébé est âgé d'environ 17 mois, l'effet potentiel sur le développement moteur de l'enfant se fait davantage sentir pour les familles des regroupements R2 et R1, comparativement aux familles du regroupement R3 qui, nous l'avons vu plus tôt, pourraient être considérés plus vulnérables puisque cumulant davantage de conditions de vulnérabilité sociale (cf. Rapport 1).

- ⇒ Les enfants dont les familles sont exposées au PSJP dans un CSSS qui attribuait *moins* de 70% du budget du programme à l'accompagnement des familles, dès 2006, ont **2,6** fois plus de probabilités de se retrouver en situation potentielle de développement moteur non-optimal [I.C 95% : 1,0 – 6,5] ($p = 0,046$), comparativement aux enfants dont les familles sont exposées au PSJP dans un CSSS qui attribuait *70% ou plus* du budget du programme à l'accompagnement des familles, en 2006.
- S'ils vivent dans une famille du regroupement **R2** qui est exposée au PSJP dans un CSSS qui attribuait moins de 70% du budget du programme à l'accompagnement des familles en 2006, ces enfants ont **6,9** fois plus de probabilités [I.C 95% : 1,4 – 35,7] de présenter un potentiel de développement moteur non-optimal ($p = 0,01$).
 - S'ils vivent dans une famille du regroupement **R3** qui est exposée au PSJP dans un CSSS qui attribuait moins de 70% du budget du programme à l'accompagnement des familles en 2006, ces enfants ont **3,7** fois plus de probabilités [I.C 95% : 1,0 – 15,2] de présenter un potentiel de développement moteur non-optimal ($p = 0,05$).
 - Par contre, si ces enfants vivent dans une famille du regroupement R1, l'association entre le contexte d'intervention et le développement moteur de l'enfant n'est pas significative [OR 0,67; I.C 95% : 0,1 – 3,5] ($p = 0,63$).

Ainsi, se retrouver exposé au PSJP dans un CSSS qui dédie *moins* de 70% du budget du programme à l'accompagnement des familles en 2006 (et donc une part plus importante du budget, de l'ordre de 40 à 50%, au volet CEF) fait en sorte que l'effet potentiel sur le développement moteur de l'enfant est davantage observé pour les familles des regroupements R2 et R3, comparativement aux enfants des familles du regroupement R1 qui seraient parfois considérés moins vulnérables, notamment du point de vue des intervenants (cf. Rapport1).

4.4 Commentaire

À prime abord, il est possible de conclure qu'à *17 mois de vie*, les indicateurs de développement des bébés de la cohorte de l'*Évaluation du PSJP* témoignent d'une situation favorable, dans l'ensemble: les scores moyens se situent dans la zone de confort et ces enfants ne semblent pas davantage présenter de potentiel de développement non-optimal comparativement à d'autres enfants québécois ayant été soumis à la même mesure GED. Toutefois, étant donné des conditions de vie familiales comportant un potentiel plus élevé de vulnérabilité sociale, ainsi que la capacité accrue de détection des effets d'un environnement non-optimal sur le développement de l'enfant à partir de 20 mois environ (Ramey & Ramey, 1998; Vézina, 2005), il ne peut être exclu que la situation évolue autrement avec le temps.

Par ailleurs, les résultats présentés confirment la proposition déjà avancée que l'indicateur de vulnérabilité sociale développé dans le cadre de cette recherche évaluative présente un intérêt certain pour distinguer les familles qui, dès leur entrée dans le PSJP, pourraient bénéficier d'interventions différentes selon leurs réalités respectives (cf. Rapport 1). À ce sujet, il apparaît que les enfants des familles du regroupement R3 pourraient encourir davantage de probabilités de présenter un potentiel de développement non-optimal au niveau cognitif-langagier; ou au niveau moteur, selon le contexte de l'intervention. Bien que cette observation soit appuyée par des recherches antérieures qui associent diverses conditions caractérisant cette réalité de vulnérabilité sociale des jeunes mères au développement de leurs enfants (Rutter, 2006; Sonkoff & Meisels, 2000; Shonkoff & Phillips, 2000; Whitson, Martinez, Ayala, & Kaufman, 2011), elle devrait faire l'objet de discussions avec les intervenantes privilégiées engagées auprès de ces familles afin de cerner des pistes d'intervention. En particulier, ce sont ces familles qui, dès le moment de l'inscription au PSJP, et durant les 6 premières semaines suivant la naissance du bébé, semblent recevoir une *attention accrue* de la part des intervenantes privilégiées, notamment par les travailleuses sociales. Par la suite, au cours de la première année de vie du bébé, l'intensité de l'intervention individualisée commencerait à diminuer *plus tôt* pour ces familles comparativement aux autres.

Il importe de rappeler que les mesures utilisées ne permettent pas des diagnostics cliniques: le GED est un outil de dépistage aux qualités psychométriques vérifiées. Néanmoins, en ce qui a trait au développement cognitif-langagier des enfants, les résultats suggèrent que l'attention accordée à l'interaction-parent enfant, dans le cadre du PSJP, demeure primordiale. La lecture avec l'enfant, dès un jeune âge, a déjà été démontrée comme étant une stratégie d'intervention précoce efficace au regard du développement cognitif et langagier de jeunes enfants de familles vivant en situation de vulnérabilité sociale (Arnold & Whitehurst, 1994; Payne et al., 1994; Verreault, 2005; Whitehurst et al., 1994a, 1994b; Whitehurst & Lonigan, 1998, 2002; Whitehurst & Massetti, 2004). En particulier, la *lecture interactive* ou *dialogique* (selon les auteurs) s'avère une activité efficace et simple à réaliser avec peu de moyens. Un bel exemple est celui des

Programmes ALI, tels *Ali Bébé*, *Ali Bambin* et *Ali Explorateur* (Malcuit, Pomerleau, & Séguin, 2003) qui mettent de l'avant des stratégies qui favorisent la création d'un espace d'interaction entre les parents et leur enfant.

Cet espace d'interaction, qu'il importe de privilégier et de soutenir, semble d'ailleurs particulièrement critique pour les enfants des familles du regroupement R3 dont les mères ont vécu une expérience antérieure de négligence physique. Bien qu'il ne soit pas possible d'expliquer pourquoi cette expérience soit plus déterminante pour les mères de ce regroupement que les autres, une histoire de maltraitance est certes reconnue comme étant un puissant marqueur de ressources personnelles limitées et d'habiletés parentales non fonctionnelles (Boivin & Hertzman, 2012; Massé 1992; Moreau, Oxman-Martinez, Chamberland, Roy, Léveillé, Laporte, & Tabakian, 2001).

D'autre part, diverses enquêtes ou recherches (Duncan & Brooks-Gunn, 2000; Klebanov, Brooks-Gunn, McCarton, & McCormick, 1998; McLoyd, 1998) ont déjà documenté qu'un milieu de vie marqué par la pauvreté ou la défavorisation matérielle serait associé à des retards de développement chez l'enfant. L'environnement familial agissant à titre de *médiateur* des stimulations fonctionnelles (ou *opérantes*) nécessaires au développement de l'enfant (Pomerleau & Malcuit, 1983), s'il présente des déficits ou un contexte de toxicité sociale (Garbarino, 1995), il est incapable de s'ajuster aux différents stress et il ne peut réaliser adéquatement le rôle de médiateur nécessaire au bon développement de l'enfant, d'où l'apparition de retards plus ou moins importants dans les différentes sphères de développement. Il n'est donc pas surprenant que lorsque la principale source de revenu d'une jeune mère demeure l'État durant la deuxième année de vie de l'enfant, ce dernier risque davantage de se retrouver en situation potentielle de développement moteur non-optimal. Les nuances résultantes selon la réalité de vulnérabilité sociale suggèrent, par ailleurs, que même les familles du regroupement R1 qui s'apparentent à celles généralement considérées *moins* vulnérables selon les propos des intervenantes (cf. Rapport 1), présentent des conditions associées à un risque accru de développement moteur non-optimal lorsque la source principale de revenu de la mère est l'État. Bref, il s'agirait d'un marqueur du milieu de vie de l'enfant dont il importe de tenir compte pour réfléchir, ajuster et orienter l'intervention auprès des familles accompagnées par le PSJP.

Enfin, l'indicateur qui témoigne du *contexte* de l'intervention et qui apparaît associé aux mesures GED du développement des enfants à 17 mois aux niveaux cognitif-langagier et moteur, est révélateur: avoir été exposé à l'intervention PSJP dans un CSSS qui attribuait *moins* de 70% du budget alloué à ce programme à l'axe AF, en 2006, est significativement associé à une proportion plus importante d'enfants présentant un potentiel de développement moteur non-optimal ($p = 0,046$) ainsi qu'un potentiel de développement cognitif-langagier non-optimal ($p =$

0,04). Cet indicateur de type écologique est d'ailleurs significativement associé aux indices d'intensité d'accompagnement privilégié auprès des familles de la cohorte de l'*Évaluation du PSJP* (cf. Rapport 1)³³. À titre de rappel, plus la part du budget alloué à l'axe AF du programme est importante ($\geq 70\%$), plus les indices d'intensité de l'intervention individualisée sont élevés, jusqu'à 18 mois de vie du bébé; et *vice versa*. Ainsi, bien que les mesures développées dans le cadre de cette évaluation au regard de l'intensité d'exposition des familles au PSJP ne soient pas significativement associées à des mesures GED du développement des enfants à 17 mois (Tableau 15), l'on ne peut exclure que la priorité accordée à l'intervention d'accompagnement privilégiée auprès des familles, plutôt qu'au volet CEF du PSJP, puisse avoir une incidence sur le développement cognitif-langagier et moteur des enfants.

³³ À noter que cette variable, qui témoigne de décisions régionales, n'est pas associée à la répartition des familles selon leurs réalités de vulnérabilité sociale (cf. Rapport 1).

ANNEXE F PARCOURS DE VIE DES JEUNES MÈRES DURANT LA DEUXIÈME ANNÉE DE VIE DE LEUR ENFANT

1. Question d'évaluation

Cette section apporte des éléments de réponse et de réflexion à la question suivante: **Qu'est-ce qui caractérise le parcours de vie des jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant?**

Le parcours de vie des jeunes mères est abordé en tant que cible d'action du PSJP faisant l'objet de cette recherche évaluative (cf. Figure 2. Modélisation de la théorie du programme). Selon le *Cadre de référence* du programme (MSSS, 2004a), il s'agit d'inclure la naissance et le développement des enfants dans un *projet de vie* porteur de réussite pour les parents et d'améliorer les conditions de vie des familles en favorisant, notamment, l'intégration socioprofessionnelle des jeunes mères. À ce titre, une des fonctions de l'intervenante privilégiée consiste à aider les jeunes parents à préciser leur projet de vie et à le réaliser (MSSS 2004a). Fonder une famille, prendre soin des enfants, améliorer ses conditions de vie par l'intégration socioprofessionnelle, s'intégrer dans la communauté, ou construire ou reconstruire son réseau social, sont autant d'exemples de projets qui peuvent alors caractériser le parcours de vie des jeunes parents.

Le fait d'avoir des projets de vie constitue un facteur de protection pour les mères adolescentes (Camanera, Minor, Melmer & Ferrie, 1998; Klaw, 2008; SmithBattle, 2007); et lorsqu'elles ont un projet de vie clair et bien défini, il semble que ces jeunes femmes réussissent mieux à atteindre leurs buts (Furstenberg, Brooks-Gunn, & Morgan, 1987; Furstenberg, Brooks-Gunn, & Chase-Lansdale, 1989). Néanmoins, ce concept auquel réfère le *Cadre de référence* des SIPPE est multidimensionnel: le construit de projet de vie comporte des dimensions de nature personnelle, parentale, familiale, professionnelle ou citoyenne (Gherghel, & St-Jacques, 2013; Turcotte, 2007). Pour les besoins de cette évaluation de programme, et dans l'optique de cerner des *changements*, diverses informations relatives à la vie de couple, à la maternité, à la trajectoire scolaire, à l'emploi et aux principales sources de revenu, ainsi qu'à l'engagement citoyen, ont été recueillies aux quatre temps de collecte de données effectuée auprès de la cohorte de jeunes parents. L'information recueillie rend ainsi compte de *réalités vécues*, lesquelles peuvent s'inscrire (ou non) dans des projets de vie de jeunes. D'ailleurs, comme le suggèrent les entretiens effectués auprès des jeunes (cf. Rapport 1), ces projets de vie sont parfois plus ou moins formulés; ou encore, ils sont en voie de développement ou de réalisation à plus long terme. Pour ces raisons, nous référons plutôt à la terminologie de «parcours de vie» pour refléter des *trajectoires en cours* et ainsi rendre compte de changements *vécus* par les jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant. Bien que l'on puisse présumer que ces parcours de vie s'inscrivent, en partie, dans des projets de vie, et qu'ils en soient donc le reflet, il

serait réducteur de considérer ces deux termes comme étant équivalents. Néanmoins, les parcours de vie abordés, dans ce qui suit, permettent de réfléchir aux cibles d'actions du PSJP au regard de l'intervention auprès des jeunes parents.

2. Traitement et analyse des données

L'analyse des données comporte deux phases. Premièrement, une analyse de clusterisation a permis de développer un indicateur pour rendre compte des parcours de vie des jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant. Par la suite, suivant des hypothèses énoncées à priori, des analyses bi variées ont été réalisées pour réfléchir des conditions associées à ces parcours de vie.

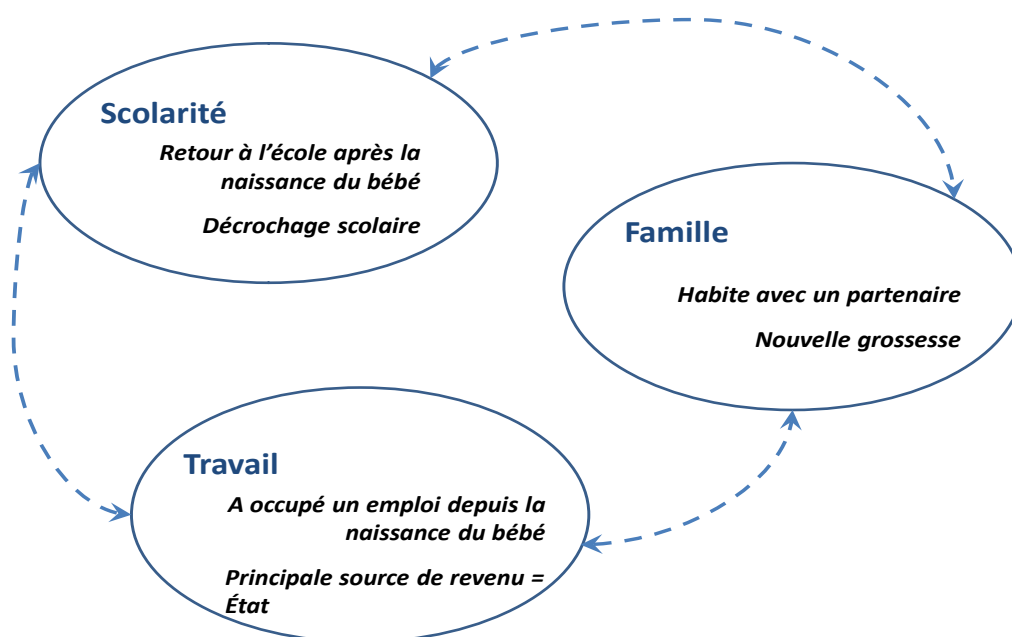
2.1 Le parcours de vie des jeunes mères

S'agissant d'un concept multidimensionnel, et pour rendre compte d'un indicateur qui puisse refléter diverses dimensions des réalités complexes avec lesquelles composent les familles et les intervenantes du PSJP, une analyse de clusterisation a été privilégiée pour décrire le parcours de vie des jeunes mères. Cet outil statistique, utilisé préalablement pour se doter d'un indicateur de la réalité de vulnérabilité sociale des familles participant à la cohorte de l'*Évaluation du PSJP*, 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).

La première étape d'une telle analyse comporte la sélection des variables (Mooi & Sarstedt, 2011) selon des paramètres théoriques et statistiques. Dans un premier temps, les variables retenues devaient refléter les dimensions jugées pertinentes au regard du construit et permettre de distinguer des trajectoires potentiellement différentes, tout en incluant des informations pouvant rendre compte de changements (ou d'absence de changements) entre au moins deux temps de mesure. Un examen attentif des premières variables retenues a ensuite mené à l'exclusion de celles correspondant aux critères statistiques suivants, afin de procéder à une analyse de clusterisation qui soit fiable: 1) corrélation élevée ($r \geq 0,50$) avec d'autres variables qui renvoient à une dimension similaire (par exemple, entre des variables qui traitent du parcours scolaire); 2) une faible variabilité, soit moins de 20% de répondants par niveaux pour les variables catégorielles; et 3) moins de 30% de données manquantes. À terme, six indicateurs ont été retenus pour procéder à l'analyse de clusterisation.

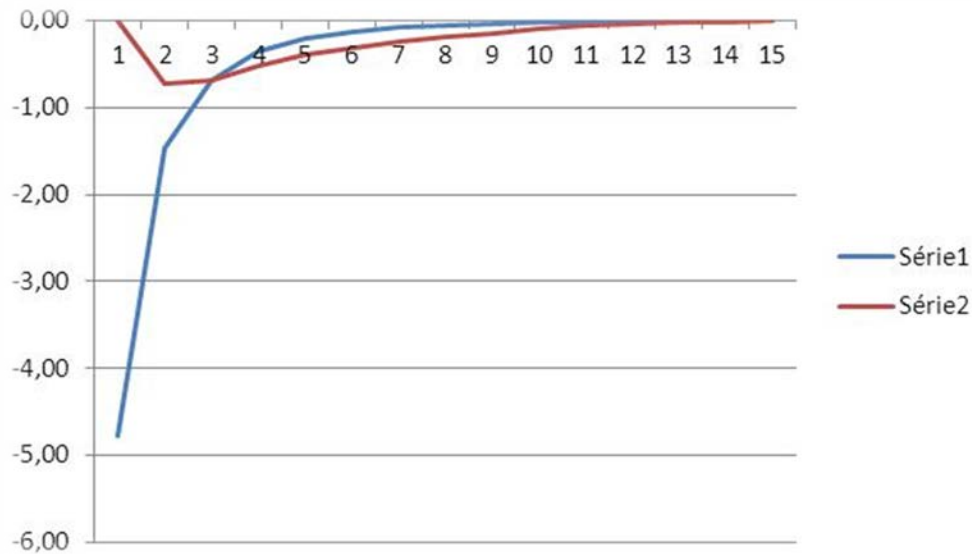
La Figure 3 indique que ces indicateurs recouvrent ce qui s'apparente à trois dimensions du parcours de vie des jeunes mères: la scolarité, la famille et le travail. Ce nombre s'avère adéquat (Forman, 1984) considérant la taille de l'échantillon de 269 jeunes mères pour lesquelles il a été possible d'obtenir des données au dernier temps de mesure, lorsque le bébé était âgé d'environ 17 mois, et à au moins un autre temps de mesure préalable.

Figure 3. Indicateurs retenues pour l'analyse de clusterisation, parcours de vie de jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant



La méthode de clusterisation en deux étapes fut privilégiée (Řezanková, 2009) et le nombre de regroupements n'a pas été spécifié d'avance. Bien qu'une solution à deux clusters présentait le plus grand ratio de mesures de distance entre les regroupements, soit la distance géométrique entre les centres des groupements (valeur de 1.991), c'est la solution à trois regroupements qui a été retenue compte tenu de méthodes statistiques d'interprétation proposées par Zhao, Hautamaki, & Fränti (2008). Celles-ci sont basées sur l'identification du point de flexion de la courbe du BIC (Bayesian Information Criteria) normalisé (chaque valeur du BIC divisé par l'étendue des valeurs [BIC max – BIC min]), lequel est situé à «3» sur la Figure 4. Il s'agit également du point de rencontre de la courbe du BIC normalisé (en bleu) avec la courbe de tendance générale du BIC (en rouge) représentée par le ratio [BIC : nombre de regroupements à chaque niveau]. Par ailleurs, la solution à trois regroupements permet davantage de nuances significantes pour l'intervention que celle à deux regroupements. À cet égard, des tests de Khi-deux de Pearson ont permis de mettre en relief des distinctions entre les trois regroupements, où chacune traduit un parcours différent.

Figure 4. Analyse de clusterisation: croisement des courbes du BIC normalisé (en bleu) et de la différence de BIC à chaque augmentation du nombre de regroupements (en rouge)



2.2 Conditions associées au parcours de vie des jeunes mères

Une fois mises en évidence trois parcours de vie différents pour les jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant, des hypothèses quant à des conditions associées à ces trajectoires ont été mises à l'épreuve à travers des analyses bi variées de type ANOVA, Khi-deux de Pearson ou de Student . En particulier, les conditions suivantes ont été examinées:

- les *réalités de vulnérabilité sociale* des jeunes mères, telles que précisées à partir de données recueillies durant leur grossesse, de manière rétrospective et contemporaine, puisque les expériences passées des jeunes parents ont une incidence sur leurs projets et parcours de vie, ce qui inclut leur rapport aux études, au travail, aux institutions et à la société en général (Meade, Kershaw, & Ickovics, 2008; Ouellet et al. 2000; SmithBattle, 2007);
- le *soutien social* dont dispose la jeune femme durant la première et deuxième année de vie de son enfant, notamment sa *satisfaction au regard de son réseau social*, indépendamment de sa taille, puisque cette condition a un impact sur sa trajectoire de vie (Brown, Harris, Woods, Buman, & Cox, 2012; Camanera, Minor, Melmer & Ferrie, 1998; Charbonneau & Gaudet, 2000; Edwards et al., 2012; Herrman, 2006; Létourneau et al., 2004; Sellers, Black, Boris, Oberlander, & Myers, 2011; SmithBattle, 2007; Wahn & Nissen, 2008);
- le *contexte de l'intervention*, puisqu'il s'agit de réfléchir le programme; que cet indicateur est associé aux mesures de développement de l'enfant (cf. Annexe E); et qu'il est révélateur de

l'intensité de l'intervention d'accompagnement privilégiée déployé auprès des familles (cf. Rapport 1), laquelle s'avère déterminante de l'efficacité des programmes qui auraient une incidence sur les trajectoires de vie de jeunes mères (Seitz & Apfel, 1999; SmithBattle, 2009);

- o et enfin, *les mesures GED de développement moteur et cognitif-langagier des enfants*, puisque les conditions de vie des jeunes parents ont une incidence sur le développement des enfants (Jutte, Roos, Brownell, Briggs, MacWilliam, & Roos, 2010; Knoche, Givens, & Sheridan, 2007; Whitson et al., 2011), soulignant ainsi l'idée que ces deux cibles d'action du PSJP sont inter-reliées.

3. Résultats

Qu'est-ce qui caractérise le parcours de vie des jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant?

3.1 Trois trajectoires qui caractérisent le parcours de vie des jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant

Le Tableau 16 présente trois trajectoires qui rendent compte de parcours de vie différents des mères de la cohorte de l'*Évaluation du PSJP* durant la deuxième année de vie de leur enfant.

La première trajectoire (**T1**) est marquée par un **retour à l'école avec un enfant à charge** après la naissance du bébé, soit dans la continuité des études en cours avant la grossesse, ou suivant une période de décrochage scolaire antérieure, que les jeunes femmes aient ou non déjà terminé leur secondaire 5. Bien que ces dernières précisions suggèrent des réalités différentes, c'est le *retour aux études* qui caractérise ces jeunes femmes comparativement à celles des deux autres trajectoires où cette réalité est absente. Ainsi, 89,6% (120/134) des jeunes femmes de cette trajectoire sont retournées aux études suivant la naissance de leur enfant, tandis qu'aucune des jeunes femmes de la trajectoire T2 (0/69) ou de la trajectoire T3 (0/66) n'est retournée aux études (Khi-deux de Pearson 218,26, 2 ddl; $p = 0,000$). Inversement, aucune des jeunes femmes de la trajectoire T1 s'inscrit dans le maintien d'un parcours de décrochage scolaire lorsque le bébé est âgé de 17 mois, tandis que cette réalité est celle de 72,5% (50/69) des jeunes femmes de la trajectoire T2 et de 100% (66/66) des jeunes femmes de la trajectoire T3 (Khi-deux de Pearson 212,87, 2 ddl; $p = 0,000$). Par ailleurs, ce sont les jeunes femmes de la trajectoire T1 qui ont moins tendance à redevenir enceintes (Khi-deux de Pearson 20,49, 2 ddl; $p = 0,000$): 8,2% (11/134) des jeunes femmes de cette trajectoire ont rapporté une nouvelle grossesse, tandis que 33,3% (23/69) de celles de la trajectoire T2 et 22,7% (15/66) de celles de la trajectoire T3 sont redevenues enceintes durant la première ou la deuxième année de vie de leur enfant. Comme il a déjà été observé parmi les adolescentes (Charbonneau, 2003; McGaha-Garnett, 2007; Raneri et Wiemann, 2007), il semblerait que la

poursuite d'une trajectoire scolaire serait moins compatible avec une nouvelle grossesse. Enfin, environ la moitié des jeunes femmes de cette trajectoire (66/134) vivent avec un partenaire; leur principale source de revenu est l'État pour près de 4 sur 10 d'entre elles (52/134); et près d'une sur cinq (28/134) est retournée temporairement sur le marché du travail, suite à la naissance du bébé.

Tableau 16. Parcours de vie des jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant: trois trajectoires

Lorsque bébé est âgée de 17 mois... N = 269	Trajectoire T1 N = 134	Trajectoire T2 N = 69	Trajectoire T3 N = 66
Mère habite avec son partenaire (n = 165)	66 (49,3%)	67 (97,1%)	32 (48,5%)
Principale source de revenu, mère = État (n = 117)	52 (38,8%)	0	65 (98,5%)
Mère travaille (n = 64)	28 (20,9%)	36 (52,2%)	0
Nouvelle grossesse depuis naissance du bébé (n = 49)	11 (8,2%)	23 (33,3%)	15 (22,7%)
Retour aux études depuis naissance du bébé (n = 120)	120 (89,6%)	0	0
Décrochage scolaire avant grossesse + aucun retour aux études (n = 116)	0	50 (72,5%)	66 (100%)

La deuxième trajectoire (**T2**) est marquée par **la vie de couple et de famille**. La quasi-majorité, soit 97,1% des jeunes femmes de la trajectoire T2 habitent avec leur partenaire (67/69), tandis qu'il en est de même pour 49,3% des jeunes femmes de la trajectoire T1 (66/134) et 48,5% de celles de la trajectoire T3 (32/66) (Khi-deux de Pearson 50,06, 2 ddl; $p = 0,000$). D'autre part, lorsque la répartition des nouvelles grossesses (N = 49) est examinée de plus près, il s'avère que 46,9% des nouvelles grossesses, soit près de la moitié (23/49), se produisent parmi les jeunes femmes de la trajectoire T2, comparativement à environ une grossesse sur cinq (11/49) parmi celles du regroupement T1 et près d'une grossesse sur trois (15/49) parmi celles du regroupement T3 – d'où une différence significative, notamment, entre les jeunes femmes des trajectoires T1 et T2 ($p = 0,000$). Par ailleurs, pour toutes ces jeunes femmes, la principale source de revenu est *autre* que l'État; et c'est dans ce regroupement qu'une plus grande incursion dans le monde du travail depuis la naissance du bébé est rapportée. À cet égard, 52,2% des jeunes femmes de la trajectoire T2 sont retournées (même temporairement) sur le marché du travail (36/69), comparativement à 20,9% des jeunes femmes de la trajectoire T1

(28/134) et aucune de celles de la trajectoire T3 (Khi-deux de Pearson 51,89, 2 ddl; $p = 0,000$). Enfin, les jeunes femmes de la trajectoire T2 se situent principalement (72,5%) dans le maintien d'un parcours de décrochage scolaire lorsque le bébé est âgé de 17 mois (50/69).

La troisième trajectoire (**T3**) est marquée par la **dépendance sur l'État comme principale source de revenu** pour 98,5% des jeunes femmes (65/66), comparativement à 38,8% (52/134) des jeunes femmes de la trajectoire T1 et aucune personne de la trajectoire T2 (Khi-deux de Pearson 135,52, 2 ddl; $p = 0,000$). De plus, tel que mentionné plus haut, aucune des jeunes femmes de cette trajectoire n'a été sur le marché du travail ou n'est retournée à l'école depuis la naissance de l'enfant; et 100% (66/66) de ces mères s'inscrivent dans le maintien d'un parcours de décrochage scolaire lorsque le bébé est âgé de 17 mois. Enfin, près d'une femme sur 4 (15/66) de cette trajectoire a connu une nouvelle grossesse durant la première ou la deuxième année de vie du bébé et la moitié (32/66) vivent avec un partenaire.

3.2 Des conditions associées aux parcours de vie des jeunes mères durant la deuxième année de vie de leur enfant

3.2.1 La réalité de vulnérabilité sociale

Un premier examen du parcours de vie des jeunes mères suggère que différentes réalités de vulnérabilité sociale pourraient être à l'œuvre selon la trajectoire. Par exemple, la cooccurrence de décrochage scolaire et de dépendance sur l'État comme principale source de revenu caractérise davantage le regroupement de familles R3 en termes de vulnérabilité sociale avant la naissance de l'enfant; tandis que la combinaison de l'emploi comme principale source de revenu et d'une situation de cohabitation avec son partenaire renvoie davantage au regroupement R1 avant la naissance de l'enfant (cf. Tableau 24, p.57). Par ailleurs, les familles de la réalité de vulnérabilité sociale R2 étant constituées de jeunes femmes enceintes plus jeunes, en moyenne, et vivant toutes chez leurs parents au moment de la grossesse, la question demeure ouverte à savoir si celles-ci sont exposées à un environnement plus favorable ou non au retour aux études suivant la naissance de l'enfant.

Le Tableau 17 présente, pour chacune des trajectoires de parcours de vie des jeunes mères, sa répartition selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles. Bien que les différences ne soient pas marquées, à prime abord, un Khi-deux de Pearson suggère une association entre ces deux réalités (10,88, 4 ddl; $p = 0,023$). Une analyse de la répartition des jeunes mères dans chacune des trajectoires, selon la réalité de vulnérabilité sociale, indique qu'il y a plus de jeunes femmes de la trajectoire T2 qui se retrouvent dans le regroupement R1 que dans les regroupements R2 ($p = 0,0002$) ou R3 ($p = 0,0005$). Par ailleurs, dans la trajectoire T1, on retrouve une répartition passablement égale des jeunes mères entre les trois réalités de vulnérabilité sociale. Enfin, dans la trajectoire T3, il y a plus de jeunes mères du regroupement R3 que dans le

regroupement R1 ($p = 0,04$); tandis que ces taux sont relativement semblables entre les regroupements R2 et R3 ($p = 0,205$).

Tableau 17. Trois trajectoires de parcours de vie des jeunes mères selon les réalités de vulnérabilité sociale des familles

Réalité de vulnérabilité sociale	Trajectoire de parcours de vie des jeunes mères (% familles)		
	T1 N = 134	T2 N = 69	T3 N = 66
R1	52 (38,3%)	36 (52,2%)	17 (25,8%)
R2	42 (31,3%)	16 (23,2%)	21 (31,8%)
R3	40 (29,9%)	17 (24,6%)	28 (42,4%)

3.2.2 Le soutien social

Pour l'ensemble de la cohorte de jeunes femmes à 17 mois de vie de l'enfant, le soutien instrumental dans l'organisation de «la vie de tous les jours» provient principalement de la famille d'origine pour 83% d'entre elles (238/289). Autrement, 10% des jeunes femmes (29/287) précisent que la source principale de soutien instrumental à cette période de leur vie provient d'un réseau formel d'intervenants institutionnels ou communautaires. En ce qui a trait au soutien émotionnel, 91% des jeunes femmes se tournent vers leur réseau informel (260/287) et seulement 7% ont recours à un réseau formel institutionnel ou communautaire (22/287). La faible variabilité de ces indicateurs a fait en sorte qu'ils soient exclus de l'analyse de clusterisation. Des analyses post hoc confirment, par ailleurs, que les sources principales de soutien instrumental et émotionnel varient peu selon la trajectoire de parcours de vie des jeunes femmes durant la deuxième année de vie de leur enfant.

Toutefois, un examen des trois trajectoires de parcours de vie suggère que les jeunes femmes de la trajectoire T2 *pourraient* recevoir un soutien social accru de la part d'un partenaire, au quotidien, celles-ci vivant pratiquement toutes avec un partenaire (97,1%). Par ailleurs, il est également possible que celles de la trajectoire T1, marquée par le retour aux études, bénéficient d'un soutien social notable de la famille ou d'autres sources. Les indices d'appréciation subjective du soutien reçu de la part du partenaire ou d'autres personnes de l'entourage (*Inventaire des comportements de soutien, ICS; Annexe H.4*) ne diffèrent pas, cependant, selon la trajectoire du parcours de vie des jeunes femmes. Tel qu'indiqué au Tableau 18, des indices de 4,6 à 4,9 sur une échelle de 0 à 6 suggèrent, somme toute, une appréciation subjective comparable et «plutôt satisfaisante à satisfaisante» de la part des jeunes femmes quant au soutien reçu de la part de leur entourage et de leurs partenaires, quelle que soit leur trajectoire

T. Par ailleurs, bien que le Tableau 18 précise que les jeunes femmes de la trajectoire T3 auraient significativement moins de relations positives ($n = 13$) dans leur réseau social ($p \leq 0,01$) comparativement aux jeunes femmes des trajectoires T1 ($n = 16$) et T2 ($n = 16$), la portée clinique de cette observation demeure incertaine. Il s'agit d'ailleurs de résultats similaires à ce qui a été observé lors de mesures prénatales (cf. Rapport 1) où la taille moyenne du réseau social perçu était comparable³⁴.

Tableau 18. Mesures du soutien social, du point de vue de la jeune femme à 17 mois de vie de l'enfant, selon les trois trajectoires de parcours de vie

Mesures de soutien social, selon la perception des jeunes femmes à 17 mois de vie de l'enfant	Trajectoires de parcours de vie des jeunes femmes durant la 2 ^e année de vie de l'enfant			Statistiques comparatives valeur <i>p</i>		
	T1 N = 134	T2 N = 69	T3 N = 66	T1 x T2	T1 x T3	T2 x T3
Appréciation subjective du soutien reçu de la part de l' <i>entourage</i> (score moyen)	4,7	4,7	4,6	0,82	0,60	0,51
Appréciation subjective du soutien reçu de la part du <i>partenaire</i> (score moyen)	4,7	4,6	4,9	0,74	0,18	0,11
Relations positives figurant dans le réseau social (nombre moyen)	16	16	13	0,78	0,01*	0,01*

* Différence statistiquement significative, $p < 0,05$

Considérant les informations disponibles, l'on ne peut donc conclure à un apport significatif ou différencié du soutien social, du point de vue des jeunes femmes, selon les trois trajectoires de parcours de vie qui résultent de l'analyse de clusterisation. Un soutien social semble disponible et les jeunes femmes y ont recours; mais cela n'apparaît pas associé à la configuration des trajectoires, à ce moment de leur vie du moins.

3.2.3 Le contexte de l'intervention

Tel que rapporté à l'Annexe E de ce rapport, le contexte de l'intervention est significativement associé aux cibles d'action du PSJP que sont le développement cognitif-langagier et moteur de l'enfant à 17 mois: les enfants dont les familles sont exposées à l'intervention PSJP dans un CSSS qui attribue *moins de 70%* du budget du programme à l'accompagnement des familles en 2006 ont une probabilité plus élevée d'être en situation potentielle de développement *non-optimal*. Cet indicateur qui distingue les CSSS selon leurs priorités d'intervention (AF vs. CEF), ainsi que l'intensité de l'intervention d'accompagnement individualisé jusqu'à 18 mois de vie du

³⁴ Rappelons, cependant, que la *composition* du réseau d'amis change avec l'arrivée du bébé. Les jeunes parents rencontrés en entretien ont spécifié qu'ils avaient davantage de contacts avec d'autres parents de leur âge qui avaient aussi de jeunes enfants (cf. Rapport 1).

bébé, n'est toutefois pas associé aux trajectoires de parcours de vie des jeunes femmes durant la deuxième année de vie de leur enfant (Khi-deux de Pearson 0,06, 2 ddl; $p = 0,97$): 44% des jeunes femmes de la trajectoire T1 (59/134) se retrouvent dans un CSSS où moins de 70% du budget PSJP est alloué à l'accompagnement des familles; tandis que cette proportion est de 43,5% (30/69) pour celles de la trajectoire T2 et de 45,5% (30/66) pour celles de la trajectoire T3.

Ce constat n'est toutefois pas surprenant, dans la mesure où les entretiens en profondeur effectués auprès de jeunes mères et d'intervenantes privilégiées (cf. Rapport 1) indiquent que l'intervention postnatale est principalement centrée sur le bébé et le renforcement des compétences parentales; et que les projets de vie sont, du point de vue des mères, peu abordés. Par ailleurs, bien qu'il importe de reconnaître que les dossiers cliniques des familles ne peuvent être le reflet de tout le détail de l'intervention d'accompagnement déployé, force est d'admettre qu'un examen de plus de 34,000 notes cliniques laisse croire que 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.

3.2.4 Les mesures GED de développement moteur et cognitif-langagier des enfants

Le Tableau 19 indique, pour chacune des trois trajectoires du parcours de vie des jeunes femmes durant la deuxième année de vie de leur enfant, le pourcentage de familles dont l'enfant présente un potentiel de développement *non-optimal* aux niveaux cognitif-langagier et moteur, selon les mesures du GED.

Tableau 19. Nombre et pourcentage de familles dont les enfants présentent des mesures GED indiquant un potentiel de développement non-optimal à 17 mois, selon les trajectoires des parcours de vie des jeunes femmes

Mesures GED de développement <i>non-optimal</i> , bébé 17 mois	Trajectoires de parcours de vie des jeunes femmes durant la 2 ^e année de vie de l'enfant*			valeur <i>p</i>
	T1 (N = 111)	T2 (N = 66)	T3 (N = 59)	
	n familles (%)			
Développement cognitif-langagier	26 (23,4%)	14 (21,2%)	12 (20,3%)	0,88
Développement moteur	19 (17,1%)	1 (1,5%)	9 (15,3%)	0,007**

* Les N sont plus petits que précédemment, considérant la disponibilité des mesures GED.

** $p < 0,01$

Ces résultats suggèrent que les enfants présentent tous un potentiel de développement cognitif-langagier non-optimal similaire (environ 1 enfant sur 5), quelle que soit la trajectoire du parcours de vie des jeunes femmes.

Cependant, les enfants des jeunes femmes de la trajectoire T2 présentent significativement *moins* de potentiel de développement moteur non-optimal (1/66 ou 1,5%) que les enfants des mères de la trajectoire T1 (19/111 ou 17,1%) ou de la trajectoire T3 (9/59 ou 15,3%) (Khi-deux de Pearson 9,90, 2 ddl; $p = 0,007$).

Des analyses bi variées suggèrent que lorsque la principale source de revenu de la mère est *autre que l'État*, il y a significativement *moins* d'enfants présentant un potentiel de développement moteur non-optimal ($p = 0,002$). De plus, lorsque la mère *vit avec le même partenaire* depuis la dernière année, il y a significativement *moins* d'enfants présentant un potentiel de développement moteur non-optimal ($p = 0,02$). Ces réalités sont celles des jeunes femmes de la trajectoire T2: 100% d'entre elles rapportent que leur principale source de revenu est autre que l'État lorsque leur enfant est âgé de 17 mois; et 94% (65/69) vivent avec le même partenaire depuis la dernière année, comparativement à 53% des jeunes femmes de la trajectoire T1 (71/134) et 55% des jeunes femmes de la trajectoire T3 (36/66) (Khi-deux de Pearson 36,91, 2 ddl; $p = 0,000$).

Ainsi, la trajectoire T2, marquée par une vie de couple et de famille, qui présente l'éventualité qu'un partenaire soit plus présent auprès de l'enfant et que la famille soit moins dépendante financièrement sur l'État, ceci sans égard au parcours de décrochage scolaire de la jeune mère lorsque le bébé est âgé de 17 mois, pourrait s'avérer protectrice au regard du développement *moteur* de l'enfant, *du moins à court terme*. Les données de certaines études permettent de supporter cette hypothèse (Bronfenbrenner, 2005; Duncan & Brooks-Gunn, 2000; Shonkoff & Meisels, 2000); ainsi que certains résultats en provenance de l'évaluation des initiatives 1,2,3 GO! (Denis, Malcuit & Pomerleau, 2005; Pomerleau et al., 2005; Théolis, et al., 2010). Il est à noter que cette trajectoire est celle qui comporte davantage de familles du regroupement R1, lesquelles présenteraient une réalité de vulnérabilité sociale qui pourrait être moins importante en comparaison avec les deux autres regroupements de familles. Néanmoins, étant donné que les parcours de vie sont également en voie de transformation, il serait prématuré de conclure que cette trajectoire particulière ne comporte pas de risques pour le développement de l'enfant à moyen et à long terme.

3.3 Commentaire

Peu d'études ont documenté, empiriquement, des parcours de vie de jeunes mères. Par exemple, Oxford et al., (2005) ont tracé trois trajectoires qui distinguent des mères adolescentes qui réussissent à passer au travers la transition de l'adolescence à l'âge adulte de celles qui n'arrivent pas à concilier la maternité avec les autres secteurs de leur vie. En ce qui nous concerne, les trois trajectoires présentées plus haut ne constituent pas, en soi, des indicateurs de réussite de l'intervention PSJP, étant donné la courte période dont il est question (moins de

deux ans) et le potentiel important de changement que vivent, d'emblée, des jeunes adultes et des nouvelles familles. Ils s'avèrent intéressants, toutefois, pour *réfléchir* l'intervention: les jeunes femmes qui retournent à l'école dans les deux premières années de vie de leur enfant ont moins tendance à redevenir enceintes à court terme; et des trajectoires différentes comporteraient vraisemblablement des combinaisons de conditions présentant un effet précoce plus ou moins optimal sur la qualité du développement de l'enfant. En particulier, certaines trajectoires pourraient influencer la disponibilité des parents à l'enfant et se répercuter ainsi sur son développement (notamment, de manière plus favorable, comme dans la trajectoire T2, par exemple). L'environnement exerçant une influence déterminante sur le développement de l'enfant dès la conception (Pomerleau & Malcuit, 1983), en constante interaction avec des facteurs génétiques et biologiques (Horowitz, 2000) favorisant ou minant les potentialités de départ, les résultats concernant les différentes trajectoires des jeunes femmes et le développement moteur des enfants à un âge précoce de 17 mois suggèrent qu'il importe de bien discriminer les différents parcours de vie des jeunes parents. Dans certains cas, il s'agira d'agir directement et rapidement auprès de l'enfant, avec le soutien des parents, pour l'aider dans son développement. Dans d'autres cas, guider, superviser ou soutenir les jeunes parents dans leurs choix de parcours de vie pourrait être suffisant pour créer des conditions favorables au développement de leur enfant. Ces observations donnent tout leur sens aux propos du *Cadre de référence* des SIPPE qui recommandent de tenir compte des projets de vie des familles dans le déploiement de l'intervention d'accompagnement privilégiée.

ANNEXE G

MODÉLISATION DE CONDITIONS D'INFLUENCE POUR L'ATTEINTE DES PRINCIPALES CIBLES D'ACTION DU PSJP: LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS ET LE PARCOURS DE VIE DES JEUNES PARENTS

1. Question d'évaluation

Cette section offre une proposition considérant le but de cette recherche évaluative qui vise à accroître notre compréhension de *processus qui créent des changements, comment, pour qui et dans quel contexte*. À partir des résultats énoncés et des constats formulés au travers les trois rapports de l'Évaluation du PSJP, il est possible de modéliser un système d'action complexe en réponse à la question suivante: **Quelles sont des conditions associées à l'atteinte des principales cibles d'action du PSJP en ce qui a trait au développement des enfants et aux parcours de vie des jeunes parents?**

La Figure 5 présente une synthèse qui met en relation les principaux constats de cette recherche évaluative afin de représenter des mécanismes potentiels du PSJP et concevoir des scénarios d'action pouvant être mis à l'épreuve pour augmenter la capacité du programme (Allard, Bilodeau, & Gendron, 2008; Le Moigne, 1999). S'agissant d'une recherche interventionnelle (Hawe & Potvin, 2009), où le PSJP a été envisagé comme *événement* dans un système social complexe (Hawe, Sheill, & Riley, 2009), le défi est d'identifier des mécanismes d'interaction activés entre les composantes du programme, tout en considérant les conditions contextuelles à l'œuvre. Il importe de rappeler que l'accent de cette modélisation est mis sur le potentiel d'un développement *non-optimal* de l'enfant à 17 mois afin de renforcer ce programme qui rejoint indéniablement des jeunes vivant en situation de vulnérabilité sociale. Sachant que les conditions de vie de ces familles comportent un potentiel important pour le déclin des courbes de développement de l'enfant au cours de la petite enfance (Boivin, & Hertzman, 2012; Julien, 1995; Ramey, & Ramey, 1998; Sonkoff, & Meisels, 2000), les enjeux que soulève cette modélisation sont d'autant plus fondamentaux.

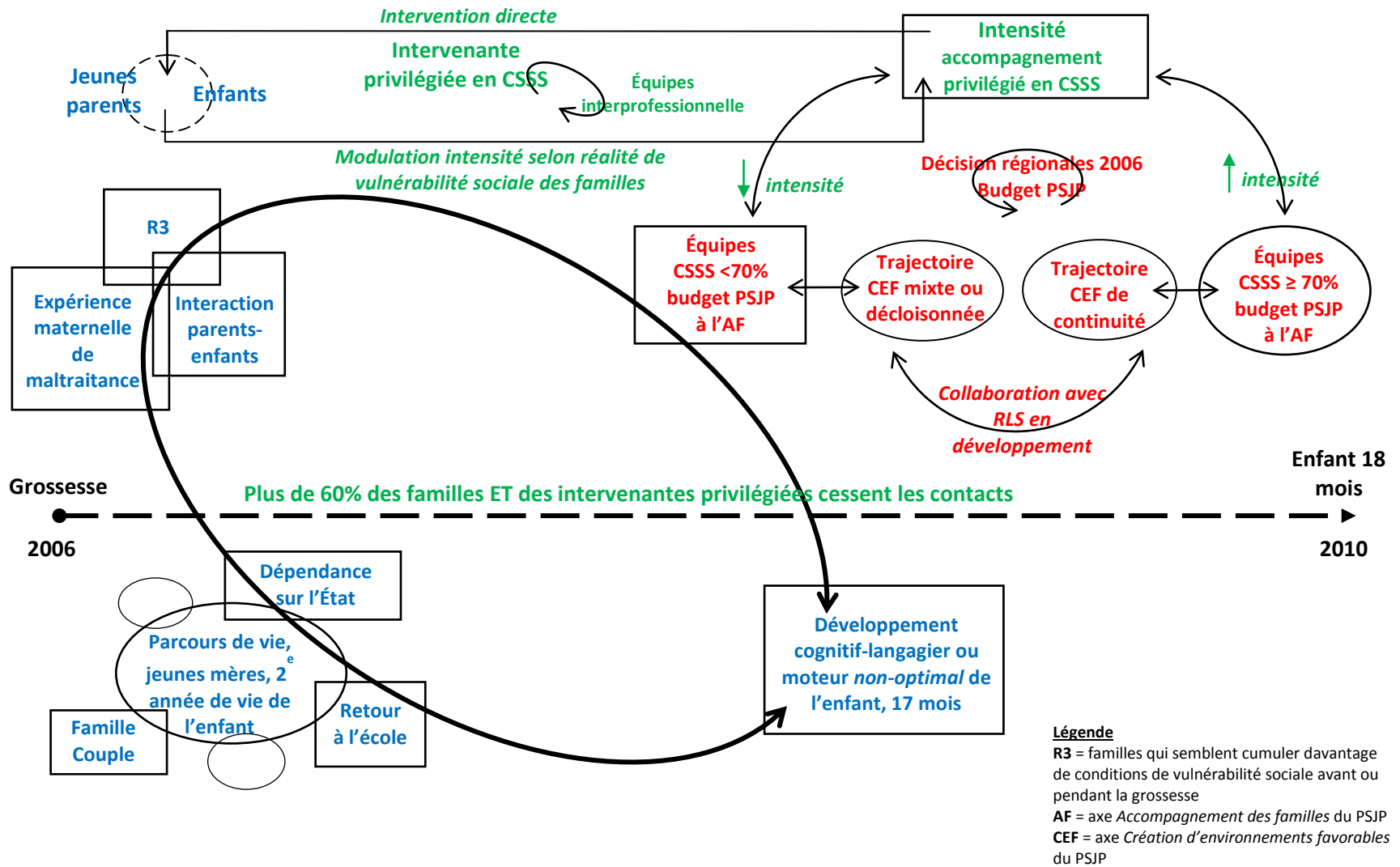
Inévitablement, la modélisation propose une représentation qui demeure partielle. De plus, un modèle peut mener à la production, par le lecteur-modélisateur, de différentes explications en ce qui a trait aux mécanismes invoqués. Ainsi, ce modèle n'a pas la prétention de rendre compte de *la* réalité. Il s'agit plutôt d'un médiateur de la réalité, pour entrer dans la «boîte noire» du programme et pour faciliter un dialogue avec les acteurs concernés par le PSJP. Dans la mesure où cette modélisation permet d'introduire une certaine intelligibilité, qu'elle s'avère crédible à la lumière de savoirs empiriques, théoriques ou expérientiels, et surtout, qu'elle soutient la poursuite d'un dialogue avec ses acteurs pour mieux comprendre et renforcer l'action, l'adéquation pratique³⁵ (Sayer, 2000) envisagée par l'évaluation est atteinte.

³⁵ Traduction libre du terme «practical adequacy».

2. Modélisation

Afin de faciliter l'interprétation et le dialogue, des indications sur la *forme* du modèle s'imposent. Premièrement, les flèches représentent des *associations* entre des éléments du système afin de cerner des mécanismes à l'œuvre, sans pour autant signifier de causalité définitive. Certaines flèches sont assorties de spécifications *en italiques* afin d'en préciser les paramètres. Deuxièmement, les termes inscrits dans des formes carrées renvoient à des dimensions qui apparaissent particulièrement significatives au terme de cette recherche évaluative. Troisièmement, la répartition des éléments du système ne suppose pas de hiérarchie particulière entre ses composantes. Quatrièmement, une ligne temporelle est inscrite *dans* ce modèle afin de situer la trajectoire des familles (de la grossesse à 18 mois de vie de l'enfant) et de l'intervention (2006 à 2010) dans l'espace-temps qui marque ce système d'action. Ainsi, il est attendu que cette forme change à travers le dialogue que nécessite la poursuite du programme, notamment afin d'y inclure les savoirs acquis et les changements introduits depuis la fin de la collecte de données que comporte cette évaluation.

Figure 5. Modélisation du PSJP (2006-2010): intervention déployée durant la grossesse et les deux premières années de vie des enfants nés entre 2006 et 2009 et mise en perspective du potentiel de développement non-optimal des enfants âgés de 17 mois



Que suggère un tel modèle? Les pistes suivantes sont offertes afin de réfléchir la combinaison de trois dimensions essentielles de ce système d'action soit, la réalité de vulnérabilité sociale des familles (**en bleu**), des conditions contextuelles (**en rouge**) et l'intensité de l'intervention d'accompagnement privilégié (**en vert**).

L'intervention d'accompagnement privilégiée en CSSS:

Considérant le potentiel de développement non-optimal des enfants à 17 mois, la modulation de l'intensité de l'intervention d'accompagnement par les intervenantes privilégiées selon la réalité de vulnérabilité sociale des familles apparaît justifiée, *a priori*, lorsqu'elles tentent de livrer une intensité accrue d'accompagnement auprès de familles qui semblent cumuler davantage de conditions de vulnérabilité sociale avant ou au début de la grossesse (R3). Cependant, l'attrition plus précoce de ces familles face au PSJP, comparativement aux autres familles accompagnées, pose question. En ce sens, les pistes de réflexion déjà formulées au terme du Rapport 1 de cette évaluation demeurent critiques: des mécanismes pour assurer la collaboration interprofessionnelle, le soutien clinique et la formation continue en appui à la pratique des intervenantes privilégiées, ainsi que l'identification de critères à partir desquels évaluer la réalité de vulnérabilité sociale des familles, sont *essentiels* pour renforcer l'intervention d'accompagnement en CSSS. En particulier, une attention soutenue auprès de familles présentant un cumul plus important de conditions de vulnérabilité sociale; le soutien à l'interaction parent-enfant, incluant l'appui à des activités de lecture interactive; la prise en compte de contextes familiaux pouvant exercer des contraintes sur la disponibilité du parent (ou d'un adulte signifiant) auprès de l'enfant; ou encore le soutien à l'intervention auprès de jeunes parents ayant vécu de la maltraitance, constituent des pistes à considérer sérieusement pour renforcer l'action directe auprès des jeunes parents et leur enfant, laquelle s'avère un principe déterminant de l'intervention précoce (Moreau, & El Hachem, 2012; Pomerleau et al., 2005; Verreault, 2005).

La part relative des ressources à dédier aux axes AF et CEF du PSJP:

La modélisation met en évidence l'observation qu'une moins grande priorité de financement accordée à l'axe AF, elle-même associée à une intensité moins élevée d'accompagnement privilégié auprès des familles durant les 18 premiers mois de vie de l'enfant, est associée à un potentiel de développement cognitif-langagier ou moteur non-optimal parmi les enfants, à 17 mois. Vu autrement, une plus grande priorité de financement accordée à l'axe AF, qui s'avère associée à une intensité plus élevée d'accompagnement privilégié auprès des familles durant les 18 premiers mois de vie de l'enfant, serait associée à un potentiel de développement *satisfaisant* parmi les enfants, à 17 mois. Cependant, l'observation que plus de 60% des [familles – intervenantes privilégiées] n'aient plus de contacts après que l'enfant ait atteint l'âge

de 18 mois interroge, avec acuité, la pertinence d'accorder d'emblée la priorité du financement à l'axe AF du programme.

Parallèlement, cette modélisation souligne que les équipes PSJP/SIPPE en CSSS qui déploient l'intervention individualisée auprès des familles dans un contexte de moins grande priorité de financement accordée à l'axe AF évoluent de concert avec *deux* trajectoires complémentaires de la CEF: l'une comporte un potentiel plus élevé de collaborations entre des ressources du RLS et pour l'action intersectorielle, tandis que l'autre met l'accent sur la continuité d'offre de ressources et de services directement aux familles dans le RLS (cf. Rapport 2). Un tel assemblage de modalités d'accompagnement de type institutionnel *et* communautaire, qui met en valeur la combinaison simultanée de diverses approches pour réduire la vulnérabilité sociale des familles, renvoie d'ailleurs à un des principes essentiels de l'intervention précoce (Moreau & El Hachem, 2012; Tarabulsy, Provost, Drapeau, & Rochette, 2009). Ceci dit, l'axe de la CEF ainsi que la collaboration entre les ressources du RLS et les équipes du PSJP demeuraient *en voie de réalisation* au moment de cette évaluation de programme. Leur véritable portée demeure donc occultée puisque ces espaces de collaboration sont apparues peu formalisées, plus ou moins soutenues, ou en cours d'expérimentation. L'enjeu de la priorité à accorder à l'axe CEF du programme et du type de soutien à y investir pour atteindre les cibles d'action du PSJP demeure donc vital, et d'autant plus aiguë par l'attrition des familles dans l'axe AF du programme. Selon les principes du modèle écologique au cœur de ce programme et de l'intervention précoce en situation de vulnérabilité sociale (Bronfenbrenner & Morris, 1998), les pratiques émergentes de collaboration entre les équipes PSJP/SIPPE et les ressources du RLS méritent plutôt du soutien, particulièrement dans la mesure où ils peuvent contribuer à l'intervention directe auprès des parents et de leurs enfants.

Les parcours de vie des jeunes parents:

Cette modélisation souligne également la pertinence de prendre en compte le parcours de vie des jeunes mères parmi les priorités d'intervention durant les premières années de vie de l'enfant. Ce parcours comporte vraisemblablement diverses trajectoires, selon l'espace-temps³⁶. Celles décrites au terme de cette recherche évaluative renvoient autant à des conditions de vie (par exemple, un revenu familial qui dépend principalement de la contribution de l'État) qu'à un environnement familial (par exemple, la cohabitation de la mère avec son partenaire) qui auraient une incidence sur le développement de l'enfant, dès 17 mois. Considérant les indications qui laissent croire que 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 (cf. Rapport 1), il s'agirait d'un élément essentiel à réfléchir. Étant donné la diversité de ressources à considérer pour la réalisation des projets de vie des jeunes parents et l'amélioration de leurs conditions de vie,

³⁶ D'où la référence à des sphères vides dans la composante du modèle qui représente les parcours de vie.

cette priorité d'intervention gagnerait à être réfléchi à la jonction des axes AF et CEF du programme.

Enfin, bien que les indicateurs de développement des enfants de la cohorte PSJP à 17 mois témoignent d'une situation favorable, dans l'ensemble, il est essentiel de retenir que cette modélisation met particulièrement l'emphase sur des conditions qui ont une incidence tant sur le maintien d'un potentiel de développement non-optimal que sa détérioration sur une période relativement courte. En ce sens, le « changement » qui est au cœur de cette évaluation réaliste est détectable à travers une petite fenêtre d'opportunité, ce qui fait que les mécanismes exerçant une incidence sur le développement de l'enfant à moyen-long terme ne sont pas nécessairement décelables. Considérant l'importance du taux d'attrition des familles rencontrées via les équipes PSJP en CSSS au cours de la deuxième année de vie des enfants, les conditions de vulnérabilité sociale avec lesquels composent des familles, ainsi que les mécanismes de collaboration plus ou moins établis, ou en émergence, entre les ressources (CSSS, PSJP, RLS), d'autres changements témoignant d'un potentiel de développement non-optimal des enfants sont à prévoir après l'âge de 17 mois. Le portrait du développement des enfants de cette cohorte pourrait donc s'avérer moins favorable durant leurs années préscolaires. Un investissement soutenu dans le bagage d'expérience des acteurs du PSJP demeure donc essentiel pour la poursuite de cet important programme d'intervention précoce.

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.

ANNEXE H.4

INSTRUMENTS DE MESURE RETENUS POUR L'ANALYSE DES DONNÉES, PARENTS ET BÉBÉS, 5 et 17 mois

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 de la détresse psychologique	Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair, & Battaglini (1998)	0,93	0,93
	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	<i>non disponible</i>

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	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 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

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.
- Allard, D.,** Bilodeau, A., & Gendron, S. (2008). Figurative thinking and models: tools for participatory evaluation. Dans L. Potvin, & D. McQueen (Eds). *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas: Values and Research* (pp. 123-147). New York, NY: Springer.
- Arney, F.,** & Scott, D. (2010). *Working with Vulnerable Families: A Partnership Approach*. Cambridge, Angleterre: Cambridge University Press.
- Arnold, D.S.,** & Whitehurst, G.J. (1994). Accelerating language development through picture book reading. In D. Dickinson (Ed.), *Bridges to literacy: Approaches to supporting child and family literacy* (pp. 103-128). Cambridge, MA: Basil Blackwell.
- 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.
- Beauregard, D.,** Comeau, L., & Poissant, J. (2010). *Avis scientifique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des Services Intégrés en Périnatalité et pour la Petite Enfance*. Québec: Institut National de la Santé Publique du Québec.
- Bell, L.** (2008). L'établissement de la relation parents-enfant. Un modèle d'évaluation 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, CA: 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). *A Realist Theory of Science*. London, UK: Verso.
- Bigras, M.,** LaFrenière, P.J., & Abidin, R.R. (1996). *Indice de stress parental: Manuel francophone en complément de l'édition américaine*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Bilodeau, A.,** Allard, D., Gendron, S., & Potvin, L. (2006). Les dispositifs de la participation aux étapes stratégiques de l'évaluation. *Revue canadienne d'évaluation de programmes, 21*(3), Numéro spécial, 257-282.
- 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.
- 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.
- Bourdieu, P.** (2000). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Paris: Seuil.
- 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.

- Bronfenbrenner, U.** (2005) *Making human beings human. Bioecological perspectives of human development*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P.A.** (1998). The ecology of developmental process. In R.M. Lerner & W. Damon (Éds), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical Models of Human Development*. (5^e éd., pp. 993-1028). New York, NY: Wiley.
- 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, J.D., Harris, S.K., Woods, E.R., Buman, M.P., & Cox, J.E.** (2012). Longitudinal Study of Depressive Symptoms and Social Support in Adolescent Mothers. *Maternal and Child Health Journal*, 16, 894–901.
- Bynner, J.** (1999). *Risques et résultats de l'exclusion sociale: ce que montrent les données longitudinales*. Institute of Education, University of London.
- Caillouette, J., Garon, S., Dallaire, N., Boyer, G., & Ellyson, A.** (2009). *Étude de pratiques innovantes de développement des communautés dans les sept Centres de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. Analyse transversale de sept études de cas*. Cahiers du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES), Collection Études théoriques – no ET0903. Disponible à: <http://www.crisis.uqam.ca>.
- 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.
- Camarena, P. M., Minor, K., Melmer, T., & Ferrie, C.** (1998). The nature and support of adolescent mothers' life aspirations. *Family Relations*, 47, 129-137.
- Castel, R.** (2000). Cadrer l'exclusion. Dans S. Karsz (Éd), *L'exclusion, définir pour en finir* (pp. 35-60). Paris: Dunod.
- Charbonneau, J.** (2003). *Adolescentes et mères: histoires de maternité précoce et soutien du réseau social*. Saint-Nicolas, QC: Presses de l'Université Laval.
- Charbonneau, J. & Gaudet, S.** (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.
- Châtel, V.** (2003). Agir en situation de vulnérabilité : un essai de problématisation ? Dans V. Châtel et M.-H. Soulet (Éds). *Agir en situation de vulnérabilité* (pp. 1-28). Saint-Nicolas, QC: Presses de l'Université Laval.
- 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.
- Clemmens, D.** (2001). The Relationship Between Social Support and Adolescent Mothers' Interactions With Their Infants : A Meta-Analysis. *JOGNN*, 30(4), 410-420.
- Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky R.** (1987). Detection of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Crocker, L., & Algina, J.** (1986). *Introduction to Classical and Modern Test Theory*. Orlando, FL: Holt, Rinehart & Winston.
- Delor, F., & Hubert, M.** (2000). Revisiting the concept of vulnerability. *Social Science & Medecine*, 50(11), 1557-1570.
- 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*, 33, 2, 44-66.

- Desroches, A.**, Leroy, A., Quaranta, J-F., & Vallée, F. (2006). *Dictionnaire d'analyse et de gestion des risques*. Paris: Lavoisier.
- Desrosiers, H.**, Simard, M., Dumitru, V., Tétreault, K., & Cardin, J-F. (2012). *Documents de travail de l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ). Recueil de mesures repères. Partie 1 : La période prénatale, la naissance et les nourrissons*. Institut de la statistique du Québec: Québec. Consulté le 24 juillet 2013. Internet: http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/pdf/publications/feuille1/Recueil_1.pdf
- 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.
- Dieticians of Canada**, Canadian Paediatric Society, The College of Family Physicians of Canada, & Community Health Nurses of Canada. (2010). *Promoting optimal monitoring of child growth in Canada: using the new WHO growth charts*. Auteurs: Ottawa. <http://www.cps.ca/english/publications/cps10-01.htm>
- Donnadieu, G.**, & Karsky, M. (2002). *La systémique: Penser et agir dans la complexité*. Paris: Éditions Liaisons.
- Doyle, O.**, Harmon, C.P., Heckman, J.J., & Tremblay, R.E. (2009). Investing in early human development: timing and economic efficiency. *Economics and Human Biology*, 7, 1-6.
- Duncan G., J.**, & Brooks-Gunn, J. (2000). Family poverty, welfare reform and child development. *Child Development*, 71, 188-196.
- Dunst, C.J.**, Trivette, C., & Deal, A. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and Guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Dupuis, G.**, & Martel, J.P. (2006). *Validation psychométrique du GED: étude de sensibilité et de spécificité*. Présentation à la Fondation Lucie et André Chagnon, Montréal, QC.
- Durand, D.** (1979). *La systémique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Edwards, R.C.**, Thullen, M.J., Isarowong, N., Shiu, C.-S., Henson, L. & Hans, S.L. (2012). Supportive Relationships and the Trajectory of Depressive Symptoms Among Young, African American Mothers. *Journal of Family Psychology*, 26(4), 585–594.
- El Hachem, L.** (2011). Examen synthèse de troisième cycle en Service Social. Document inédit, École de Service Social, Université de Montréal.
- Everitt, B.S.**, Landau, S., Leese, M., & Stahl, D. (2011). *Cluster Analysis* (5th Ed.). London, UK: Wiley.
- 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.
- Furstenberg, F.F.**, Brooks-Gunn, J., & Chase-Lansdale, L. (1989). Teenaged Pregnancy and Childbearing. *American Psychologist*, 4, 313-320.
- Furstenberg, F.F., Jr.**, Brooks-Gunn, J., & Morgan, S.P. (1987). *Adolescent mothers in later life*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Garbarino, J.** (1995). *Raising children in a socially toxic environment*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- 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.**, Dupuis, G., Moreau, J., Lachance Fiola, J., & Dupuis, F. (2013). *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*. Rapport de recherche adressé au MSSS, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

- 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, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Gherghel, A., & St-Jacques, M.** (2013). *La théorie du parcours de vie. Une approche interdisciplinaire dans l'étude des familles*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Girard, C.** (2013). Les naissances au Québec en 2012 : un peu moins de 1,7 enfant par femme. *Coup d'œil démographique, Institut de la statistique du Québec*, 25, 5 pages. Consulté le 24 juillet 2013. Internet: http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2013/coupdoeil_sociodemo_no25.pdf
- Goguel d'Allondans, A.** (2003). *L'exclusion sociale. Les métamorphoses d'un concept (1960-2000)*. Paris: L'Harmattan.
- 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.
- 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.
- Hamilton, B.E., Martin, J.A., & Ventura, S.J.** (2010). Births: Preliminary data for 2009. *National Vital Statistics Reports*, 59(3). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Hawe, P., & Potvin, L.** (2009). What is population health intervention research? *Canadian Journal of Public Health*, 100 (1), 1-8 – 1-14.
- Hawe, P., Sheill, A., & Riley, T.** (2009). Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology* (43), 267-276.
- Herrman, J.W.** (2006). The voices of teen mothers. The experience of repeat pregnancy. *Maternal & Child Nursing*, 31, 243-249.
- Horowitz, F.D.** (2000). Child development and the PITS: Simple questions, complex answers and developmental theory. *Child Development*, 71, 1-10.
- 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.
- Hubbs-Tait, L., Hughes, K.P., Culp, A.M., Osofsky, J.D., Hann, D.M., Eberhart-Wright, A., & Ware, L.M.** (1996). Children of Adolescent Mothers: Attachment representations, maternal depression, and later Behavior Problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 416-426.
- Institut canadien d'information sur la santé.** (2010). *Les soins de santé au Canada, 2010*. Auteurs: Ottawa. Consulté le 24 juillet 2013. Internet : https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2010_Web_f.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé.** (2011). *Le moment propice : pourquoi l'âge de la mère est déterminant*. Auteurs: Ottawa. Consulté le 24 juillet 2013. Internet : https://secure.cihi.ca/free_products/AIB_InDueTime_WhyMaternalAgeMatters_F.pdf
- Institut de la statistique du Québec.** (2012a). *Naissances selon la durée de la grossesse et le poids à la naissance, Québec, 1980-2010*. Auteurs: Québec. Consulté le 24 juillet 2013. Internet: http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_decés/naissance/418.htm
- Institut de la statistique du Québec.** (2012b). *Naissances selon le poids à la naissance, le groupe d'âge de la mère et le sexe, Québec, 2010*. Auteurs: Québec. Consulté le 24 juillet 2013. Internet: http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_decés/naissance/409.htm
- Irwin, L.G., Siddiqi, A., & Hertzman, C.** (2007). *Early childhood development: A powerful equalizer*. Final Report for the WHO Commission on the Social Determinants of Health. Vancouver, BC: Human Early Learning Partnership (HELP), University of British Columbia.

- 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.
- Julien, M.** (1995). *Les facteurs prédictifs du développement cognitif de nourrissons issus de deux populations vulnérables et d'une population témoin*. (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Montréal.
- Jutte, D.P.,** Roos, N.P., Brownell, M.D., Briggs, G., MacWilliam, L., & Roos, L.L. (2010). The Ripples of Adolescent Motherhood: Social, Educational, and Medical Outcomes for Children of Teen and Prior Teen Mothers. *Academic Pediatrics, 10*, 293-301.
- Klaw, E.** (2008). Understanding Urban Adolescent Mothers' Visions of the Future in Terms of Possible Selves. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 18*(4), 441-462.
- Klebanov, P.K.,** Brooks-Gunn, J., McCarton, C., & McCormick, M.C. (1998). The contribution of neighborhood and family income to developmental test scores over the three years of life. *Child Development, 69*, 1420-1436.
- Knoche, L.,** Givens, J.E., & Sheridan, S.M. (2007). Risk and Protective Factors for Children of Adolescents: Maternal Depression and Parental Sense of Competence. *Journal of Child and Family Studies, 16*, 684-695.
- 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.
- Letourneau, N.L.,** Stewart, M.J., & Barnfather A.K. (2004). Adolescent mothers: Support needs, resources, and support-education interventions. *Journal of Adolescent Health, 35*, 509-525
- Malcuit, G.,** Pomerleau, A., & Séguin, R. (2003). *Programmes d'Activité de Lecture Interactive (ALI)*. Montréal, QC: Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales.
- Massé, R.** (1992). Construction sociale et culturelle de la maltraitance, *P.R.I.S.M.E., 3*, 12-15.
- Massé, R.,** Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). 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.
- McGaha-Garnett, V.** (2007). Teenage parenting and high school dropouts: understanding students' academic, social, and personal influences. Thèse de doctorat inédite, Texas Tech University. Repéré à http://repositories.tdl.org/ttu-ir/bitstream/handle/2346/10097/McGaha-Garnett_Valerie_Diss.pdf?sequence=1
- McLoyd, V.C.** (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist, 53*, 185-204.
- Meade, C.S.,** Kershaw, T.S., & Ickovics, J.R. (2008). The intergenerational cycle of teenage motherhood: An ecological approach. *Health Psychology, 27*, 419-429.
- 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.
- 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.

- Ministère de la santé et des Services sociaux.** (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Mooi, E., & Sarstedt, M.** (2011). *A Concise Guide to Market Research. The Process, Data, and Methods Using IBM SPSS Statistics*. Berlin: Springer-Verlag.
- Moreau, J., & El Hachem, L.** (2012). *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.
- Moreau, J., Oxman-Martinez, J., Chamberland, C., Roy, C., Léveillé, S., Laporte, L., & Tabakian, N.** (2001). *Transmission intergénérationnelle de la maltraitance: étude des liens entre facteurs de protection et facteurs de risque auprès d'une population de mères en difficulté*. Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de recherche sociale, Université de Montréal.
- Morin, E.** (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris: Seuil.
- Ninacs, W.A.** (2008). *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- 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.
- Osofsky, J.D.** (1998) Psychosocial Risks for Adolescent Parents and Infants: Clinical Implications. In J. Noshpitz (Ed.) *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*, New York: Wiley.
- Osofsky, J.D., Eberhart-Wright, A., & Hann, D.M.** (1992) Children of Adolescent Mothers: A Group at Risk for Psychopathology. *Infant Mental Health Journal, 13*, 119-131.
- Osofsky, J.D., Hann, D.M., & Peebles, C.** (1993) Adolescent Parenthood: Risks and Opportunities for Parents and Infants. In C. Zeanah (Ed.) *Handbook of Infant Mental Health*. (pp. 106-119) New York: Guilford.
- Osofsky, J.D., Osofsky, H.J., & Bocknek, E.L.** (2010). The impact of trauma on parents and infants. In S. Tyano, M. Keren, H. Herrman, & John Cox (Eds). *Parenthood and mental health*, pp. 241-250. London, UK: Wiley-Blackwell.
- Osofsky, J.D., & Thompson, D.** (2000). Adaptive and maladaptive parenting. Dans J.P. Shonkoff & S.J. Meisels (Éds), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2^e éd., pp. 54-75). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Ouellet, F., René, J.-F., Durand, D., Dufour, R., & Garon, S.** (2000). *Intervention en soutien à l'empowerment dans Naître égaux-Grandir en santé. Nouvelles pratiques sociales, 13*, 85-102.
- Oxford, M.L., Gilchrist, L.D., Lohr, M.J., Gillmore, M.R., Morrison, D.M., & Spieker, S.J.** (2005). Life course heterogeneity in the transition from adolescence to adulthood among adolescent mothers. *Journal of Research on Adolescence, 15*, 479-504.
- 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, CA: Sage.
- Pawson, R., & Tilley, N.** (1997). *Realistic Evaluation*. London, UK: Sage.
- Pawson, R., & Tilley, N.** (2005). Realistic Evaluation. In S. Mathison (Ed.) *Encyclopedia of Evaluation* (pp. 362-367). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Payne, A.C., Whitehurst, G.J., & Angell, A.** (1994). The role of home literacy environment in the development of language ability in preschool children from low-income families. *Early Childhood Research Quarterly, 9*, 427-440.

- 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, QC: Direction de la santé publique.
- Pelchat, Y.**, Gagnon, É., & Thomassin, A. (2006). Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale. *Lien social et Politiques – RIAC*, 55, 55-66.
- Pomerleau, A.**, & Malcuit, G. (1983). *L'enfant et son environnement. Une étude fonctionnelle de la première enfance*. Sillery, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Pomerleau, A.**, Malcuit, G., Moreau, J., & Bouchard, C. avec la collaboration de: Blanchard, D., Denis, E., Goulet, J., Gratton, G., Brunson, L., Cormier, N., & Bastien M-F. (2005). *Contextes de vie, ressources et développement de jeunes enfants de milieux populaires montréalais*. Rapport de recherche adressé au MSSS, Université du Québec à Montréal.
- Potvin, L.**, Bilodeau, A., & Gendron, S. (2012). Trois conceptions de la nature des programmes: implications pour l'évaluation de programmes complexes en santé publique. *Revue canadienne d'évaluation de programmes*, 26, 91-104.
- Ramey, C.T.**, & Ramey, S.L. (1998). Early intervention and early expérience. *American Psychologist*, 53, 109-120.
- Raneri, L.G.**, & Wiemann, C.M. (2007). Social Ecological Predictors of Repeat Adolescent Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39, 39-47.
- Řezanková, H.** (2009). Cluster analysis and categorical data. *Statistika*, 3, 216-232.
- Richard, L.**, Gauvin, L., & Raine, K. (2011). Ecological models revisited: their uses and evolution in health promotion over two decades. *Annual Review of Public Health*, 32, 307-326.
- 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.
- 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.
- Savard, S.**, Turcotte, D., & Beaudoin, A. (2003). Le partenariat et les organisations sociosanitaires du secteur de l'enfance, de la famille et de la jeunesse: une analyse stratégique. *Nouvelles pratiques sociales*, 2, 160-177.
- Sayer, A.** (2000). *Realism and Social Science*. London, UK: 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.
- Seitz, V.**, & Apfel, N.H. (1999). Effective interventions for adolescent mothers. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 50-66.
- Sellers, K.**, Black, M.M., Boris, N.W., Oberlander, S.E., & Myers, L. (2011). Adolescent Mothers' Relationships with their Own Mothers: Impact on Parenting Outcomes. *Journal of Family Psychology*, 25(1), 117-126.
- 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.
- 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.
- SmithBattle, L.** (2009). Pregnant with possibilities: drawing on hermeneutic thought to reframe home-visiting programs for young mothers. *Nursing Inquiry*, 16(3), 191-200.

- 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.
- Statistiques Canada.** (1995). *Enquête longitudinale nationale sur les enfants - Cycle 1*. Matériel d'enquête pour la collecte de données 1994-1995. Auteurs: Ottawa.
- 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, CA: Sage.
- Théolis, M.,** Bigras, N., Desrochers, M., Brunson, L., Régis, M., & Prévost, P. (2010). *Le projet 1,2,3 GO! Place au dialogue. Quinze ans de mobilisation autour des tout-petits et de leur famille*. Québec: PUQ.
- Thurston, W. E., & Potvin, L.** (2003). Evaluability assessment: A tool for incorporating evaluation in social change programmes. *Evaluation, 9*(4), 453-469.
- Turcotte, G.** 2007. Le projet MAP à Montréal. Pour favoriser l'insertion socioprofessionnelle de femmes chefs de familles monoparentales, *Revue canadienne de psychoéducation, 36*(2), 287-301.
- 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.
- Verreault, M.** (2005). *Programmes d'activités de lecture interactive et développement cognitif de jeunes enfants: mesures d'impact et comparaison d'échelles d'évaluation (Bayley et Stanford-Binet)*. (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Montréal.
- Vézina, N.** (2005). *Élaboration et validation de la Grille d'Évaluation du Développement de l'enfant 0-5 ans (GED)*. (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Montréal.
- Wahn, E.H., & Nissen, E.** (2008). Sociodemographic background, lifestyle and psychosocial conditions of Swedish teenage mothers and their perception of health and social support during pregnancy and childbirth. *Scandinavian Journal of Public Health, 36*, 415-423.
- Whitehurst, G.J.,** Arnold, D.H., Epstein, J.N., Angell, A.L., Smith, M., & Fischel, J.E. (1994a). A picture book reading intervention in daycare and home for children from low-income families. *Developmental Psychology, 30*, 679-689.
- Whitehurst, G.J.,** Epstein, J.N., Angell, A., Payne, A.C., Crone, D., & Fischel, J.E. (1994b). Outcomes of an emergent literacy intervention in Head Start. *Journal of Educational Psychology, 84*, 541-556.
- Whitehurst, G.J., & Lonigan, C.J.** (1998). Child development and emergent literacy. *Child Development, 69*, 848-872.
- Whitehurst, G.J., & Lonigan, C.J.** (2002) Emergent literacy: Development from pre-readers to readers. Dans S. Neuman & D. Dickinson (Eds.), *Handbook of Early Literacy Development* (pp.11-29). New York, NY: Guilford.
- Whitehurst, G.J., & Massetti, G.** (2004). How well does *Head Start* prepare children to learn to read. Dans E. Zigler & S. J. Styfco (Eds.), *The Head Start Debates*. Baltimore MD: Paul H. Brookes Publishing Company.
- Whitson, M.L.,** Martinez, A., Ayala, C., & Kaufman, J.S. (2011). Predictors of Parenting and Infant Outcomes for Impoverished Adolescent Parents. *Journal of Family Social Work, 14*(4), 284-297.
- 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.